

Медицинская

19 августа 2020 г.
среда
№ 33 (7950)

Газета®

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ
Основано в 1893 году. Выходит один раз в неделю
Распространяется в России и других странах СНГ
www.mgzt.ru

В центре внимания

Девять этажей надежды

В Башкирии онкологическая служба выходит на более качественный уровень



В Уфе недавно состоялось знаменательное событие – для пациентов распахнул свои двери новый корпус Республиканского онкологического диспансера. Открыл его, вручив коллективу символический ключ, заместитель министра здравоохранения Российской Федерации Олег Гриднев.

Диспансер представляет собой девятиэтажное здание, в котором очень удачно размещены не только поликлиника на 450 посещений в смену и стационар на 240 коек с пятью отделениями по основным на-

Во время открытия онкодиспансера

правлениям – маммология, урология, гинекология, торакально-абдоминальное и проктологии, но и технические, хозяйственные и бытовые помещения, 1075 единиц медицинского оборудования. Обслуживать пациентов будут 250 сотрудников, среди которых 68 врачей.

Гости и врачи отметили, что в Башкирии модернизация этой жизненно важной отрасли идёт полным ходом. Вскоре в республике будут созданы 13 амбулаторных центров онкологической помощи. Кроме того, в текущем году, по словам главы республики Радия

Хабирова, в регионе начнётся строительство центра детской онкологии.

– Хочется отметить, что был проделан колоссальный объём работы, чтобы онкодиспансер в обновлённом виде мог принимать пациентов, а врачи и медперсонал оказывать необходимую помощь, – заявил министр здравоохранения Башкирии Максим Забелин. – И меня это, как врача-онколога искренне радует.

Андрей ДЫМОВ,
МИА Cito!

Перспективы

Найден безопасный путь

Министр здравоохранения Российской Федерации Михаил Мурашко провёл пресс-брифинг, посвящённый первой зарегистрированной вакцине от COVID-19, разработанной Национальным исследовательским центром эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф.Гамалеи Минздрава России.

Отвечая на вопросы журналистов, М.Мурашко подчеркнул, что производство вакцины от коронавируса будет ориентировано в первую очередь на внутренний рынок.

«Мы предлагаем производство вакцины и на зарубежных площадках,

сегодня такие переговоры ведутся. Экспортный потенциал у этого препарата есть, и мы однозначно будем его предлагать», – сообщил министр и добавил, что к декабрю-январю 2020-2021 гг. Россия выйдет на производство 5 млн доз вакцины в месяц.

Между тем, в первую очередь вакцина будет поставляться в лечебные учреждения, где вакцинировать будут медицинские работники. И хотя с высоких трибун высказываются заверения, что прививки будут полностью добровольными для лиц любого возраста и профессиональной принадлежности, многие коллеги высказывают сомнения, что она не

станет принудительной. Во время пресс-брифинга министр отметил, что рекомендует привиться медицинским работникам, чтобы обезопасить себя и пациентов медицинских организаций. Объём вакцинации персонала, например, против гриппа, должен составлять 80-85%.

«Вакцина как платформа достаточно хорошо известна и изучена. И доклинические, и клинические исследования, и регистрации по ней были. Поэтому это фактически наиболее безопасный путь», – пояснил министр.

Алексей ПАПЫРИН,
обозреватель «МГ».

Анатолий ДОМНИКОВ,
председатель Московского областного комитета Профсоюза работников здравоохранения РФ:

Создание общественных советов во всех социально значимых отраслях, в том числе и в здравоохранении, является важнейшим механизмом обратной связи государства.

Стр. 4



Виталий ЗВЕРЕВ,
научный руководитель НИИ вакцин и сывороток им. И.И.Мечникова, академик РАН:

Теоретически за столь короткое время действительно можно создать хорошую вакцину. Но убедиться в том, что она хорошая и безопасная, нельзя.

Стр. 5

Евгений ЖИБУРТ,
председатель совета Российской ассоциации трансфузиологов, профессор:

Есть право лечить людей – должно быть право переливать кровь.

Стр. 7



Новые подходы

Очевидное, но не замечаемое

В России издан первый и самый большой в мире атлас патологической анатомии по COVID-19. Его опубликовал Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента. Эта научная работа основана на результатах вскрытий 2 тыс. пациентов, умерших от коронавируса.

Атлас содержит фотографии с морфологическими иллюстрациями патологических изменений разных органов и тканей в результате коронавируса. Эксперты уже назвали данный труд фундаментальным. Расширенное издание содержит около 200 макро- и микрофотографий различных морфологических изменений практически всех органов.

В нём можно увидеть спектр возможных проявлений и осложнений COVID-19. Это позволяет совершенствовать методы диагностики и лечения больных, а также составить детальную классификацию причин смерти, прямо или косвенно связанных с коронавирусом.

«Нашей основной задачей было представить наиболее полно всё разнообразие структурных проявлений COVID-19 для дальнейшей работы ме-

дики и биологов по раскрытию тайн этого нового заболевания», – отметил один из авторов атласа, главный специалист по патологической анатомии Департамента здравоохранения Москвы, профессор Олег Зайратьянц.

Профессор отметил, что проведённое исследование позволило опровергнуть ряд гипотез. Например, не нашла подтверждения гипотеза о роли вирусного повреждения гемоглобина с развитием химического пневмонита, вызванного продуктами распада гема.

«И наоборот, были подтверждены клинические наблюдения системного генерализованного поражения мелких сосудов при нарастании иммунного ответа, так называемом цитокиновом шторме, вызывающем развитие гиперкоагуляции и риск развития тромбозов», – добавил он.

Атлас позволил раскрыть основные особенности течения COVID-19, чтобы скорректировать протоколы лечения и тактики ведения больных. Выводы, полученные в ходе исследования, легли в основу последних, 6-й и 7-й версий временных методических рекомендаций Минздрава России по лечению коронавирусной инфекции.

Алексей ПИМШИН,
МИА Cito!

Новости

Когда помощь рядом

В Красногвардейском районе Ставропольского края прошли учения добровольцев движения «Волонтеры-медики» под девизом «Спасение утопающего – дело рук не только самого утопающего!»

Волонтеры, в числе которых были старшеклассники школ района, активисты движения «Волонтеры-медики», мечтающие о работе врача или медицинской сестры, осваивали на практике принципы спасения на воде.

Специалист отдела профилактики Красногвардейской районной больницы и спасатели противопожарной и аварийно-спасательной службы края рассказали и показали, как вести себя на водных объектах, как действовать при спасении утопающего, как оказать первую доврачебную помощь при утоплении.

Теорию закрепили на практике в учебном классе: каждый доброволец смог испытать собственные силы и проверить правильность действий при проведении реанимационных мероприятий на специальном манекене, имитирующем физиологические данные пострадавшего.

«Одной из важнейших гарантий безопасности на воде является умение хорошо плавать. Но даже самый хороший пловец должен соблюдать постоянную осторожность, дисциплину и строго придерживаться правил безопасного поведения на воде. С волонтерами мы отработали самые главные и принципиальные моменты в спасении на воде. Так постепенно будущие медики осваивают навыки медицинской помощи», – рассказала руководитель волонтерского движения при Красногвардейской районной больнице специалистка медучреждения Елена Старых.

Рубен КАЗАРЯН.

Ставропольский край.

Риск оправдал себя

В приёмное отделение областной больницы № 3 Тобольска обратился пациент с жалобами на сильную боль в животе и вздутие. Дежурный врач диагностировал у пациента острую кишечную непроходимость и незамедлительно госпитализировал для проведения экстренной операции.

Оказалось, что причиной непроходимости кишечника стала опухоль. В ходе экстренной операции врачи обнаружили метастазы, которые от опухоли распространились на ближайшие к кишечнику органы и поразили печень. Метастазы необходимо было удалить вместе с опухолью, чтобы дать шанс пациенту на полное выздоровление. До этого случая такие вмешательства в Тобольске не проводились. Заведующий гнойным отделением Игорь Амелин решился на чрезвычайно сложное хирургическое вмешательство. «Состояние пациента было расценено как тяжёлое – риск развития перитонита был высок, и возможности ждать перевода в профильное учреждение не было. В своих силах мы были уверены – оборудование хорошее, опыт проведения операций накоплен достаточный. Новые методики нам тоже знакомы благодаря системе непрерывного медицинского обучения», – пояснил он.

Вместе с ним в операции участвовали молодые хирурги Геннадий Рожков и Акмал Джабборов. Операция длилась три часа и прошла успешно: хирургам удалось устранить непроходимость кишечника, убрать опухоль и метастазы.

После операции пациент находился под наблюдением врачей две недели, динамика выздоровления была положительной. Недавно его выписали из стационара под амбулаторное наблюдение онкологов. Гистологическое исследование показало, что опухоль была злокачественной, и теперь пациенту предстоит курс химиотерапии.

Дмитрий УЖЕНЦЕВ.

Тобольск.

Сообщения подготовлены корреспондентами «Медицинской газеты» и Медицинского информационного агентства «МГ» Cito! (inform@mgzt.ru)

События

Есть повод для гордости

Впервые в этом году сразу три первенца появились на свет в Омске. Хотя родились тройняшки – все мальчики – в Омском городском клиническом перинатальном центре ещё в июле, но с маленьким весом, поэтому выписали маму и малышей на днях. Они находились в отделении патологии новорождённых и недоношенных детей.

Как сообщила главный врач центра Любовь Сёмина, малыши появились на свет на 33-й неделе с низкой массой тела. Двое из них стабильно набирали вес, а вот третий мальчик некоторое время находился отдельно от братьев в шестом отделении патологии новорождённых, его вес при рождении был меньше 1,5 кг, и прибавлял в весе он медленнее своих братьев.

– Однако здоровью всех троих ничего не угрожало, им просто нужно было подрасти, – подчеркнула Л.Сёмина.

Сначала специалисты отделения ежедневно проводили стимуляцию сосательного рефлекса, чтобы новорождённые начали держать соску. Близнецы находились в центре на естественном вскармливании, но маме на троих молока не хватало, поэтому их приходилось докармливать. Речь о выписке зашла, когда тройняшки окрепли и набрали достаточный вес.



Вот оно, прибавление!

– У нашей семьи 7 июля годовщина – 13 лет совместной жизни, а 6 июля на свет появились наши малыши, – рассказала мама Екатерина Вороняя. – Мы с мужем несколько лет пытались стать родителями, но как-то не получалось. И вот – такое счастье!

Поздравить семью с выпиской мамы и малышей из роддома приехали мэр Омска Оксана Факина и министр здравоохранения Омской области Ирина Солдатова.

– Для любой семьи рождение детей – это самое главное событие в жизни, которое наполняет её смыслом. Сегодня мы встречаем из роддома сразу троих малышей

– Ивана, Степана и Романа. Ещё на одну многодетную семью в нашем городе стало больше, и это замечательно. Пусть ребята растут здоровыми и счастливыми, – пожелала виновникам торжества О.Факина, вручив счастливым родителям от муниципалитета сертификат на 300 тыс. руб.

К слову, в 2018 г. в столице Прииртышья не было зарегистрировано рождения тройняшек, а в 2019-м родилась одна тройня. Такие события сродни чуду!

Татьяна БЕРЕЗОВСКАЯ,
спец. корр. «МГ».

Омск.

Профилактика

С заботой о пожилых

Северяне пенсионного возраста исправно проходят профилактические осмотры, о чём свидетельствуют итоги проведённой в Ямало-Ненецком автономном округе диспансеризации. В прошлом году врачи обследовали 98% (9532 человека) от запланированного количества. В 2020 г. коррективы внесла пандемия, но за I квартал диагностику уже прошли 30% людей старше 65 лет.

Хронические заболевания, требующие диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, выявлены почти у 90% обследованных северян старшего возраста.

Самая распространённая патология – болезни системы кровообращения. На втором месте болезни

эндокринной системы, в том числе ожирение. На третьем месте среди всех выявленных заболеваний – болезни органов пищеварения. Также в ходе диспансеризации у ямальцев старше трудоспособного возраста выявляется порядка 200 новообразований в год, примерно половина из них – злокачественные.

Под диспансерным наблюдением находятся примерно 80% граждан старшего возраста, прошедших диспансеризацию в прошлом году, ещё 1,5 тыс. поставлены на учёт с впервые выявленными заболеваниями.

– Конечно, радует, что пожилые северяне не отказываются от диспансеризации, но пройти обследование и получить рекомендации врача – это ещё не всё, – говорит главный врач Центра медицинской профилактики Сергей Токарев. – Необходимо строго соблюдать назначения. Систематически при-

нимать прописанные препараты и вести здоровый образ жизни. К сожалению, по данным диспансеризации как прошлого, так и этого года, к I-II группам здоровья относятся не более 10% людей старшего возраста.

Полученные в ходе диспансеризации данные показывают, что нерационально питаются 25%, мало двигаются 28% обследованных северян в возрасте 65 лет и старше. У 17,4% выявлены избыточная масса тела или ожирение. В постоянном активном курении признались 6,2% жителей. Все эти факторы ведут к развитию серьёзных заболеваний.

С 15 августа диспансеризация на Ямале возобновилась.

Александр МЕЩЕРСКИЙ.

МИА Cito!

Ямало-Ненецкий автономный округ.

Акценты

Первыми пройти вакцинацию против коронавирусной инфекции будет предложено медработникам и педагогам. Об этом было заявлено на уровне Минздрава России сразу же после регистрации первой вакцины. Слово «предложено» здесь ключевое. Следует ли понимать его буквально, как возможность принять добровольное решение о вакцинации, или же наличие прививки станет обязательным для врачей? Вопрос, который стал ключевым, требует пояснений.

По просьбе «МГ» ситуацию прокомментировал председатель Комитета Госдумы РФ по охране здоровья Дмитрий Морозов.

– Прежде всего, хочу обратить внимание на то, что из-за пандемии коронавируса мы оказались в совершенно новой реальности. Все решения и действия – управленческие, организационные, клинические, законодательные – принимаются в первый раз, у нас не

И действовать, и дискутировать!

было такого опыта в прошлом. В том числе, решение о регистрации первой вакцины. Любые замечания по этому поводу я бы советовал делать с поправкой на новые условия, понимая, что вакцина жизненно необходима. И именно сейчас. Да, третья фаза клинических испытаний продолжается, число их участников пока невелико – это так, и никто этого не отрицает. Но когда есть экстренная необходимость защитить миллионы жизней, необходимо традиционные регламенты грамотно инсталлировать в существующие обстоятельства. Мы не можем ждать, нам нужен результат – как можно скорее достичь популяционного иммунитета к вирусу на уровне 80%. Поэтому, коль скоро наши учёные смогли первыми предложить миру вакцину, надо действовать,

а не дискутировать о параграфах регламентов. Каждые следующие сто привитых людей будут давать аналитикам дополнительную информацию об эффективности препарата, а безопасность его не вызывает сомнений.

Что касается предстоящей вакцинации медработников: вне сомнений, любая прививка как медицинское вмешательство – дело добровольное. Это закреплено Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан» и Федеральным законом «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней», в статье 5 которого сказано однозначно, что граждане имеют право на отказ от профилактических прививок.

В том же законе об иммунопрофилактике есть статья, которая посвящена вакцинации групп риска

и вакцинации в эпидемических очагах. В ней говорится: «Отсутствие профилактических прививок влечёт отказ в приёме граждан на работы или отстранение граждан от работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями». Таковы правила нашей профессиональной безопасности.

Для меня здесь никаких инноваций и парадоксов нет. И кстати, я никогда не слышал возражений по поводу вакцинации ни от одного врача, с которыми мне довелось вместе работать. Мы все понимаем, что находимся в главной группе риска, а вакцина – единственная защита для медицинского сообщества, работающего в условиях высокой вирусной нагрузки, наш «бронжилет».

Теоретически единичные случаи

отказа медработников от вакцинации, конечно, возможны. Например, если человек уже переболел COVID-19 и имеет высокий титр антител. Иных причин я не вижу.

Что касается дополнений в КоАП, которые несколько месяцев назад были инициированы Минюстом и предполагали наложение штрафов на руководителей медицинских организаций, допустивших к работе непривитых сотрудников, эта инициатива пока не рассматривается Госдумой. Велика вероятность, что она будет отозвана авторами.

Повторюсь: всё человечество сейчас в условиях шторма, и времени на раздумья нет. Только волевые решения позволяют успешно противостоять вызовам времени.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Перемены

Бюджетных мест станет больше

В Министерстве здравоохранения РФ сообщили, что в 2021-2022 учебном году в подведомственных министерству образовательных и научных организациях будет «увеличен объём подготовки кадров за счёт средств федерального бюджета», в целом, на 16,92%. При этом в бакалавриате количество бюджетных мест увеличится на 45,21%, по программам специалитета – более чем на 10%, в ординатуре – на 23,97%.

«Объёмы подготовки специалистов за счёт средств федерального бюджета по программам ординатуры в 2021-2022 гг. были увеличены по 76 из 86 заявленных специальностей. Более чем на 50% количество бюджетных мест возросло по 35 специальностям», – сообщили в Минздраве. Речь идёт о вирусологии, гериатрии, онкологии, общей врачебной практике, эпидемиологии, пластической хирургии и других специальностях.

В ведомстве добавили, что общее количество бюджетных мест по программам ординатуры увеличилось в 28 из 42 субъектов РФ.

По программам бакалавриата, уточнили в федеральном Минздраве, количество бюджетных мест по специальности «Сестринское дело» увеличилось на 92,31% в Томской области, на 66,67% – в Москве, на 50% – в Республике Татарстан, Ростовской области и Санкт-Петербурге, на 20% – в Архангельской области. В Саратовской и Тюменской областях при

этом количество бюджетных мест по специальности уменьшилось на 23,08 и 50% соответственно.

«По программам специалитета объёмы подготовки за счёт средств федерального бюджета были увеличены по следующим специальностям: «Лечебное дело» (на 18,37%), «Медико-профилактическое дело» (на 9,99%), «Медицинская биофизика» (на 22,22%), «Медицинская кибернетика» (на 47,95%), «Педиатрия» (на 17,6%), «Стоматология» (на 3,23%), «Фармация» (на 0,07%). По специальности «Медицинская биохимия» контрольные цифры приёма снижены на 0,37%», – сообщили в министерстве.

Однако в некоторых регионах бюджетные места по программам специалитета сократились. Например, в Астраханской области по специальности «Фармация» – на 7,69%, в Кемеровской по «Медико-профилактическому делу» – на 20% и «Стоматологии» – на 6,25%, в Москве по «Медицинской биохимии» – на 18,18%, в Оренбургской области по «Медико-профилактическому делу» – на 5,71%, в Смоленской по «Фармации» – на 2,94%, в Хабаровском крае по «Медицинской биохимии» – на 6,67%.

В октябре прошлого года экс-министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова заявила, что для устранения кадрового дефицита в медвузах необходимо увеличить долю целевых мест по специальности «лечебное дело» до 70%, «педиатрия» – до 75%, для отдельных специальностей

ординатуры – до 100%. В январе 2020 г. соответствующее поручение дал Президент РФ Владимир Путин. Поправки в феврале были переданы федеральным Минздравом в Минобрнауки.

Позже был проведён опрос среди российских медиков о последипломном образовании в России. Выяснилось, что в ординатуре учились 30% опрошенных (учатся сейчас – 7%). Среди тех, кто окончил ординатуру, 19% проходили обучение за счёт бюджета, 10% – по контракту, 7% – по программам целевого обучения.

В марте 2020 г. Правительство РФ определило квоты целевого приёма по программам высшего образования для медицинских вузов на этот год, включая долю целевых мест в общем приёме студентов и ординаторов, обучающихся за счёт бюджета. Количество специальностей ординатуры, на которые студенты могут поступить только по целевому обучению, увеличилось с 12 до 48, в их числе онкология и сердечно-сосудистая хирургия.

В июне 2020 г. в связи с распространением коронавирусной инфекции Минздрав России приказом № 626н ввёл дистанционное поступление в ординатуру на 2020-2021 учебный год. Кроме того, поступающим будет начислено дополнительно 30 баллов, если они проработали не менее месяца с больными коронавирусной инфекцией.

Григорий МАТВЕЕВ.

МИА Сити!

Инициатива

Автомобильные аптечки с масками

Минздрав России намерен включить в состав аптечки для оказания первой помощи при ДТП две одноразовые трехслойные маски для «защиты органов дыхания от респираторных инфекций», а также увеличить количество пар медицинских перчаток с одной до двух. Соответствующий проект приказа ведомство опубликовало для общественного обсуждения.

Новый документ должен отменить приказ Минздрава России № 366 «О введении аптечки первой помощи (автомобильной)» 1999 г., последние изменения в который вносились в 2009 г.

В проекте приказа указывается, что из состава аптечки будут удалены бинты малых размеров и бактерицидные лейкопластыри, поскольку они используются при незначительных повреждениях, а избыточное количество бинтов в аптечке, отмечается в пояснительной записке, затрудняет поиск бинта нужного размера в экстренной ситуации, и это снижает эффективность помощи.

Также в связи с тем, что «невозможно обеспечить соблюдение правил асептики при оказании первой помощи пострадавшим в ДТП», из состава исключены стерильные бинты различных размеров и заменены на дополнительную упаковку стерильных

салфеток и нестерильные бинты больших размеров.

Если какие-либо медизделия использованы, приказ предписывает пополнить аптечку. При этом отдельные медицинские изделия имеют ограниченный срок годности. В случае, если проект приказа будет утверждён, новый регламент вступит в силу с 1 января 2021 г.

Накануне Минздрав России также представил проект обновленного состава упаковок и наборов для оказания скорой медицинской помощи. Из наборов планируется исключить ряд лекарственных препаратов, потому что их производство прекращено на территории России, а также убрать на основании клинических рекомендаций «средство перевязочное гидрогелевое противомоножоговое стерильное», дополнив упаковку другими медицинскими изделиями и препаратами.

Алексей КОНДРАТЬЕВ.

МИА Сити!

Проекты

Минздрав России представил на общественное обсуждение проект изменений в квалификационные требования к медицинским и фармацевтическим работникам.

Выпускники специальности «Лечебное дело» смогут работать врачами приёмного отделения и врачами по медицинской профилактике. Аналогичные позиции смогут занимать и врачи-педиатры. Изменения будут внесены в квалификационные требования к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки

Изменения квалификационных требований

«Здравоохранение и медицинские науки», утверждённые приказом Минздрава № 707н от 08.10.2015. Текст проекта представлен на федеральном портале правовых актов.

Документ также предполагает добавление квалификационных

требований к специальностям «Детская онкология-гематология», «Медицинская микробиология», «Физическая и реабилитационная медицина» и «Остеопатия».

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

МИА Сити!

Назначения

Новый директор

Национальный медицинский исследовательский центр (НМИЦ) травматологии и ортопедии им. Н.Н.Приорова (бывший ЦИТО) возглавил Александр Губин, до этого девять лет руководивший Российским научным центром «Восстановительная травматология и ортопедия» им. Г.А.Илизарова в Кургане. Обязанности директора центра им. Н.Н.Приорова с февраля 2019 г. исполнял член-корреспондент РАН Николай Загородный.

На сайте НМИЦ им. Н.Н.Приорова указано, что приказ о назначении А.Губина «вручил лично» министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко. Министр поблагодарил прежнего руководство центра, в том числе за работу во время реперофирования под приём пациентов с COVID-19.

А.Губин в декабре 2019 г. покинул занимаемую с 2010 г. должность директора центра «Восстановительная травматология и ортопедия» им. Г.А.Илизарова (впоследствии ставший НМИЦ), а в начале нынешнего года был назначен заместителем директора центра им. Н.Н.Приорова по научной работе.

В НМИЦ им. Н.Н.Приорова, по данным учреждения, имеется крупнейшая база научных исследований в области диагностики и лечения в травматологии, ортопедии, костной патологии и реабилитации, также это «крупнейшее учреждение науки и методический центр России в области травматологии и ортопедии». Организация насчитывает 407 коек, в год помощь оказывается более чем 6,1 тыс. пациентов.

Игорь КОРАБЛЁВ.

МИА Сити!

Проблемы

Долги нарастают

Уполномоченный при Президенте РФ по защите прав предпринимателей Борис Титов обратился к заместителю председателя Правительства РФ Татьяне Голиковой с просьбой решить вопрос с долгами медицинских учреждений и фондов обязательного медицинского страхования перед бизнесом, которые в некоторых регионах доходят до 250 млн руб.

Как сообщает пресс-служба уполномоченного при Президенте по защите прав предпринимателей, ранее к Б.Титову обратились региональные уполномоченные, обратившие внимание на высокий уровень задолженности медицинских учреждений и фондов медицинского страхования перед субъектами МСП за оказанные услуги в системе ОМС, поставленные товары и выполненные работы в Санкт-Петербурге, Забайкальском крае, Калининградской, Челябинской областях, республиках Коми, Адыгея. Согласно имеющейся информации, данная проблема актуальна и для многих других регионов.

Так, например, в Республике Башкортостан крупный объём

задолженности сосредоточен у 14 государственных бюджетных учреждений здравоохранения, подведомственных Минздраву Татарстана, и составляет свыше 100 млн руб. перед более 500 субъектами предпринимательской деятельности, имея негативную тенденцию к увеличению.

Общая сумма задолженности государственных учреждений здравоохранения Московской области перед субъектами МСП в рамках государственных контрактов составляет около 250 млн.

Задолженность государственных учреждений здравоохранения Костромской области перед предпринимателями в настоящее время равна 191 млн, в основном это долги фонда обязательного медицинского страхования.

В своём письме Б.Титов указывает на то, что существенная часть бюджетов ТФОМС формируется за счёт субвенций Федерального фонда обязательного медицинского страхования и просит оказать содействие в ликвидации задолженности госучреждений перед бизнесом.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

МИА Сити!

Криминал

Обвинения сняты

Главное следственное управление ГУ МВД по Красноярскому краю прекратило уголовное преследование бывшего ректора Красноярского медицинского университета им. В.Ф.Войно-Ясенецкого Ивана Артюхова и экс-проректора вуза Бориса Краснопева, которых обвиняли в присвоении более 1 млн руб. Следствие установило, что в их действиях не было состава преступления.

Осенью 2018 г. в отношении И.Артюхова и Б.Краснопева было возбуждено уголовное дело по ч. 4 ст. 160 (присвоение или растрата, совершённые в особо крупном размере) и ч. 1 ст. 286 УК РФ (превышение должностных полномочий).

По информации сотрудников регионального УФСБ, в 2016 г. И.Артюхов и Б.Краснопев, «преследуя преступный умысел», заключили договор на реконструкцию центральной части главного корпуса, зная при этом, что работы уже

выполнены в ходе проведённого в 2011 г. ремонта.

В начале октября 2018 г. И.Артюхов был отстранён от должности ректора медуниверситета, а через месяц – уволен. Этот пост он занимал с 2004 г.

В середине июля 2020 г. ГСУ ГУ МВД по Красноярскому краю заявило о прекращении уголовного дела, не найдя в действиях И.Артюхова и Б.Краснопева состава преступления. Меры процессуального принуждения – обязательство о явке и временное отстранение от должности – были отменены.

За И.Артюховым и Б.Краснопевым было признано право на реабилитацию, в том числе право на возмещение имущественного вреда, устранение последствий морального вреда и восстановление в трудовых, пенсионных и иных правах.

Вячеслав ДАШКОВ.

МИА Сити!

– Анатолий Иванович, вы возглавили Общественный совет при Минздраве России. Какими видите ближайшие задачи, которые стоят перед этой общественной структурой?

– Конституцией РФ, федеральными законами и Положением об Общественном совете при Минздраве России определено, что совет является субъектом общественного контроля и призван обеспечить учёт потребностей и интересов граждан, общественных объединений, негосударственных некоммерческих организаций. Другими словами, тех, кого лечат, и тех, кто лечит. Новый состав Общественного совета избран 23 июля, и в ближайшее время будут созданы общественные комиссии, а дальше составлен план работы. Приоритетными направлениями работы совета, как и в предыдущие годы, будет контроль за деятельностью Минздрава России, за проводимой кадровой, антикоррупционной работой, эффективностью госзакупок, мониторинг качества оказания услуг в нашей сфере, рассмотрение проектов разрабатываемых общественно значимых нормативно-правовых актов.

Сегодня особое внимание руководство страны уделяет развитию первичного звена здравоохранения. Наш совет должен принять самое активное участие в «сопровождении» этого курса. То есть обозначать проблемы и предлагать решения, например, кадровые проблемы, держать на контроле вопросы обеспечения жильём медицинских работников, оплаты труда специалистов. Члены совета не понаслышке знают, чем живёт медицинское сообщество. Будем продолжать работу по развитию саморегулирования в целях совершенствования обучения и повышения квалификации коллег. Оказывать всестороннюю помощь в их повседневном героическом труде, особенно в таких форс-мажорных ситуациях, как пандемия коронавируса. Сейчас много говорится о том, что получить установленные Президентом РФ страховые выплаты не так просто, для этого требуются десятки справок. Недавно эта проблема обсуждалась в рамках «круглого стола» ОНФ, в котором я принимал участие. Если возникнет необходимость, после снятия карантинных мероприятий, то Общественный совет будет помогать организовать реабилитацию переболевшим медицинским работникам. Думаю, речь будет идти и о разработке, совершенствовании других преференций для коллег. Труд врача и медицинской сестры очень часто связан с присутствием ряда вредных факторов, и поэтому вопросы специальной оценки условий труда, справедливой оплаты за эту работу тоже должны быть в центре внимания Общественного совета. В законотворческом плане следует внедрить в его работу социологические исследования: опросы, анкетирование, изучение общественного мнения с учётом современных технологий и выработка предложений для руководства Минздрава России. Предстоит выстраивать диалог с такой категорией специалистов как работодатели в здравоохранении, для чего инициировать создание общественных объединений этих специалистов.

Председателя Московского областного комитета Профсоюза работников здравоохранения РФ кандидата медицинских наук Анатолия Домникова наши читатели знают по ряду публикаций в «МГ», в которых он выступает как защитник социально-экономических прав медицинских работников Подмосковья. Как руководитель профессиональной общественной организации он принимает стратегически верные решения в интересах не только коллег, так как от ситуации в отрасли зависит, как поставлена охрана здоровья людей. Находясь 14 лет на этом ответственном посту, Анатолий Иванович поддерживает все начинания, способствующие развитию регионального здравоохранения, чтобы медицинская помощь становилась более доступной и качественной. Тем самым областной комитет Профсоюза работников здравоохранения РФ под его руководством реализует прописанные уставные цели и задачи на представительство профсоюза и защиту социально-трудовых прав работников

Наши интервью

И словом, и делом

Первое заседание Общественного совета прошло в Минздраве России

– Как бы вы охарактеризовали деятельность предыдущего состава Общественного совета?

– Совет состоял из квалифицированных экспертов. Руководила им заместитель президента Национальной медицинской палаты и ближайшая соратница Леонида Рошаля – Наталья Аксёнова. Именно НМП в последние годы играет значимую роль в решении ключевых задач совершенствования законодательства в сфере здравоохранения. Отсюда вытекает высокая оценка деятельности предыдущего состава совета. Хочу подчеркнуть, что Наталья Леонидовна осталась в нынешней команде заместителем председателя. Это, по моему мнению, обеспечит преемственность в нашей работе.

– Кто оценивает эффективность работы Общественного совета?

– Судя по проделанной работе, совет способствует движению вперёд в развитии здравоохранения. Интересы жителей страны, медицинских работников стоят на первом плане. Между тем такие же приоритеты признаются Минздравом России, департаментами здравоохранения регионов. Можно сказать, что они составляют суть нынешней политики в отрасли, дают эффект со знаком плюс в оказании доступной и качественной медицинской помощи. А оценивает работу совета не только медицинское сообщество, но и все граждане страны.

Хочу подчеркнуть роль Общественной палаты Российской Федерации, поднимавшей на правительственном уровне ряд проблем, которые мы сформулировали. Это также придаёт дополнительную значимость темам, которые обсуждают отраслевые общественные советы.

– Есть ли какие-то запретные темы? С какими важными вопросами к вам обращается врачебное сообщество и население?

– Запретных тем не может быть. Создание общественных советов во всех социально значимых отраслях народного хозяйства, в том числе и в здравоохранении, является важнейшим механизмом обратной связи государства. Мы



Рабочий момент заседания

стремимся, чтобы совет был наиболее полно представлен общественными организациями, отражал мнение большинства профессионального сообщества. Члены его прекрасно ориентируются в огромном количестве запросов, различных мнений и делают всё возможное, чтобы поступающие предложения, способствующие динамичному развитию здравоохранения, были учтены.

– Вы остаётесь лидером одной из крупнейших региональных профсоюзных организаций в нашей стране. Будет ли это помогать в новой работе?

– Да, я очень рассчитываю на помощь своих профсоюзных коллег. Они с энтузиазмом восприняли моё избрание. Уже создали чат из председателей региональных организаций Профсоюза здравоохранения РФ, где ставятся темы, которые нам следует обсудить на Общественном совете. Они в курсе тех событий, которые происходят в лечебных учреждениях и которые требуют разрешения, может быть, даже на законодательном уровне. А общественные советы вправе это санкционировать. Быть в фарватере тех ветвей, которые определяют востребованность лечебных учреждений, непросто. И мы должны оказать им всемерную поддержку.

– Какие проблемы в здравоохранении вы считаете наиболее острыми и на какие из них обязательно обратите внимание руководства Минздрава России?

– Кадровая, дифференциация заработной платы, недооценённость обществом труда врачей, необоснованные уголовные дела, очернение врачей в прессе.

– Обладает ли Общественный совет реальным влиянием, чтобы корректировать или даже влиять на принятие штабом отрасли важных решений?

– На важнейшие, общественно значимые, резонансные, безусловно, да. Особенно это касается вопросов пациентоориентированности, защиты интересов медицинского сообщества и качества оказания медицинской помощи. Но ещё есть десятки тем, которые очень волнуют врачей. Это и непрерывное медицинское образование, внедрение более передовых методов диагностики и лечения. Ведь то, что было «за горизонтом», теперь можно увидеть и применить на практике.

– Будет ли выстраиваться какое-то взаимодействие с общественными советами региональных органов управления здравоохранением?

– Взаимодействие должно быть обязательно. Решение региональных общественных советов и обращение в совет при Минздраве России – это руководство к действию. Общественные организации – важные элементы гражданского общества, и их руководители должны научиться работать друг с другом. Причём врач часто многие аспекты профессии узнаёт только на личном опыте. А тем более, выпускник не представляет, как себя вести, если нарушены его трудовые права или совершена профессиональная ошибка. Но не все общественные организации вносят позитивный вклад в развитие гражданского общества России. Поэтому у нас должна появиться ещё одна функция. Это определение организаций, которые лишь «мимикрируют» под общественные, а на самом деле являются проектами политических партий и движений. Примером могут послужить так называемые альтернативные профсоюзы, которые расшатывают политическую систему государства. Очевидно, что нашему совету будет чем заняться как по выстраиванию взаимодействия общественных организаций с органами власти, так и по противодействию появлению общественных организаций, мешающих работать.

– Приближается съезд профсоюза. Будете ли вы выдвигать свою кандидатуру на должность председателя?

– Да! Я зарегистрирован как кандидат на должность председателя Центрального комитета профсоюза и на прошедшем съезде, проведённом в онлайн-режиме из-за пандемии коронавируса. Полномочия выборных органов были подтверждены до мая 2021 г., а выборы председателя отнесены на время, когда по санитарно-эпидемиологическим нормам возможно очное проведение съезда именно для выборов нового руководителя Профсоюза работников здравоохранения РФ. Планируемая дата съезда – ноябрь этого года.

– Что же, пожелаем вам плодотворной работы на благо России, которую вы будете проводить во главе Общественного совета Минздрава России.

Беседу вёл
Алексей ПАПЫРИН,
обозреватель «МГ».

Фото Олега КИРЬЯНОВА.

Перемены

Председатель Правительства РФ Михаил Мишустин подписал постановление, вносящее изменения в положения о лицензировании медицинской деятельности и лицензировании деятельности по производству и техническому обслуживанию медицинской техники.

Теперь мобильным медицинским бригадам не нужно переоформлять лицензию в случае, если они будут оказывать мед-

Содержания ради

помощь по месту нахождения, не указанному в лицензии.

В частности, мобильные бригады теперь имеют право оказывать населению первичную медицинскую помощь, проводить профилактические медосмотры и диспансеризацию на территории, не указанных в лицензии как место осуществления медицин-

ской деятельности. Теперь в таком случае медорганизациям не нужно будет переоформлять лицензию.

Также в новом постановлении указывается, что выполнение работ и оказание услуг в части технического обслуживания медтехники «может осуществляться лицензиатом» по адресам эксплу-

атации этой техники, не указанным в лицензии в качестве мест «осуществления лицензируемого вида деятельности», и не требует переоформления лицензии.

Недавно, что характерно, комиссия Федеральной антимонопольной службы определила, что Минздрав России должен разработать лицензионные требования

по всем видам работ и услуг, которые составляют медицинскую деятельность, до 1 декабря 2020 г. Отсутствие лицензионных требований в приказе Минздрава России № 121н «Об утверждении требований к организации работ (услуг)... при оказании медпомощи» ФАС обнаружила ещё в 2013 г., но с тех пор добиться конкретики от федерального Минздрава так и не смогла.

Леонид ПОЛЯКОВ.

МИА Сити!

Острая тема

Быстро или хорошо?

Качество вакцины зависит от цели, которая поставлена перед учёными

Разработчики российской вакцины против коронавирусной инфекции вышли на спринтерскую дистанцию и установили рекорд: за полгода создан, уже прошёл часть клинических испытаний и даже зарегистрирован под номером один в мире вакцинный препарат от Национального исследовательского центра эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф.Гамалеи Минздрава России. На подходе ещё один – Государственного научного центра вирусологии и биотехнологии «Вектор» Роспотребнадзора.

Застолбили приоритет

В случае с вакцинами быстро – это всегда то же самое, что хорошо? Разработчики считают – да. А ведущий российский вакцинолог, научный руководитель НИИ вакцин и сывороток им. И.И.Мечникова, академик РАН **Виталий ЗВЕРЕВ** не согласен. По его признанию, в течение последних месяцев он занимается «борьбой с борьбой с коронавирусом»: мнение всемирно известного учёного во многом не совпадает с «официальным», начиная с ношения масок и перчаток и заканчивая экспресс-разработкой вакцин.



пока не хватает, – констатирует специалист.

Тем более нельзя спешить с широким клиническим применением вакцины, о которой даже в научной среде пока мало что известно, поскольку полной информации о своём препарате его создатель, по понятным причинам, не предоставляет. Единственное, что сообщает разработчик, – предусматривается двукратное введение вакцины через небольшой промежуток времени. Препарат создан на векторной платформе, в осно-

технологически, а политически. И тот факт, что информацию о данном событии россиянам преподнёс сам Президент В.Путин, прямо подтверждает не столько коммерческий (хотя и это, конечно, важно для разработчика), сколько политический характер данной «научной победы».

Ну и, конечно, абсолютно неуверительным выглядит тот аргумент в пользу вакцины, что ею привилась одна из дочерей главы государства, и у неё уже сформировался хороший иммунитет. Осмелимся предположить, что подобные доказательства – прецедент в мировой вакцинологии. Остаётся только надеяться на то, что лидер страны, выступивший, по сути, гарантом качества новой вакцины, не окажется в сложной ситуации, если вдруг впоследствии препарат покажет себя не с лучшей стороны.

Почему спешка неуместна

В июле Российская академия наук провела онлайн-конференцию, в ходе которой учёные нашей страны и их американские коллеги обменивались мнениями о том, на что необходимо обращать внимание при создании вакцины против вируса SARS-CoV-2. В частности, было высказано предположение, что, коль скоро длительность жизни антител к коронавирусу не определена и может оказаться непродолжительной, то и эффективность вакцинации будет невысокой. Ещё одно сомнение касается изменчивости генома коронавируса: не возникнет ли по этой причине необходимость обновлять вакцины каждый сезон? Так можно ли в условиях, когда в научной среде ещё нет ясности по главным вопросам свойств вируса и иммунного ответа организма, в принципе говорить о необходимости срочной вакцинации населения?

Безусловно, нельзя, считает мой собеседник. На вопрос, достаточно ли хорошо изучен вирус SARS-CoV-2, В.Зверев отвечает однозначно: «К сожалению, нет».

– Вирус очень непростой, именно поэтому до сих пор никому не удавалось создать вакцины против его разновидностей, хотя такие попытки предпринимались. И если в данном случае тоже не удастся, то винить никого нельзя, так же как нельзя винить за отсутствие вакцин против ВИЧ-инфекции или гепатита С: есть научные идеи, но все они оказываются неплодотворными, потому что уровня знаний об этих вирусах

такой вакцины живой вирус иного класса, в который встроен «нужный» фрагмент генома коронавируса, препятствующий проникновению SARS-CoV-2 в клетку организма человека.

– Идея сама по себе интересная за исключением того, что аденовирус нельзя вводить в организм несколько раз, потому что к нему тоже вырабатывается иммунитет. Кроме того, некоторые аденовирусы кодируют онкогенные белки. И хотя разработчик вакцины использует в качестве вектора достаточно изученные штаммы аденовируса, необходима их тщательная проверка. А это тоже требует времени, – поясняет академик.

В качестве критерия эффективности первой вакцины называют высокий титр антител к коронавирусу, которые нарабатывает организм после прививки. В свою очередь В.Зверев считает, что эффективная вакцина против подобных вирусов должна быть нацелена на активацию клеточного иммунитета.

– Высокий уровень антител важен, но он может не играть ключевой роли в иммунной защите, а иногда даже мешать, как это произошло с вакцинацией от лихорадки Денге: вирус, вызывающий эту лихорадку, тоже способен провоцировать цитокиновый шторм. Уровень антител очень важный, но не единственный показатель иммунитета, потому что антител в крови может не быть, а иммунитет может быть, так как есть ещё клетки памяти, которые сформировались при инфекции, – поясняет специалист.

В то же время, по его мнению, феномен клеточного иммунитета к коронавирусной инфекции пока недостаточно изучен. Учёные до сих пор не знают, как долго у людей, перенёвших COVID-19, сохраняется иммунитет, и что будет при повторном попадании вируса в организм.

– Мы пока не знаем, какой продолжительности иммунитет вызывает данная вакцина. А если иммунная защита закончится через три месяца, что делать? Ревакцинировать этой же вакциной нельзя, нужна новая, – предупреждает В.Зверев.

Если ревакцинировать людей каждые полгода и каждый раз живым вектором, трудно даже предположить, какими могут быть последствия. Впрочем, эксперт не считает данную ситуацию безвыходной. Просто нужно время, чтобы получить ответы на все вопросы и подготовиться к любому сценарию.

Правила нарушать не рекомендуется

Думаю, любой врач задался резонным вопросом: почему клинические испытания вакцины от института Н.Ф.Гамалеи проводились на немногочисленной группе добровольцев из числа военнослужащих с отменным здоровьем, а вакцинировать надо будет миллионы, в том числе пожилых и людей с серьёзными хроническими заболеваниями – онкологическими, эндокринными, аутоиммунными?

– Как это делается по правилам? Проводится первая фаза клинических испытаний вакцины. Кстати, в Китае в первой фазе участвовали 500 человек, у нас – около 80. Затем в течение 180 дней после введения вакцины за состоянием добровольцев надо наблюдать. После второй фазы клинических испытаний – ещё полгода наблюдений. И только потом, когда имеются в руках результаты эпидемических исследований, проводится третья фаза испытаний, – разъясняет В.Зверев.

Есть и другие правила, соблюдение которых обязательно при разработке вакцины. Так, если планируется двукратная вакцинация, непременным условием является проведение исследований по хронической токсичности препарата в экспериментах на животных. На это, по словам эксперта, необходимо не менее полугода. Выполнено ли данное правило в случае с первой зарегистрированной российской вакциной?

– Почему экспериментальный этап так важен? Поясню. В своё время не получилось создать вакцину против SARS по той причине, что, когда начали проводить эксперименты на животных, морских свинок сначала прививали и затем заражали коронавирусом, у них развивался цитокиновый шторм. Эксперименты были остановлены, в итоге вакцина так и не была разработана, – напоминает В.Зверев.

Вопрос, кого надо прививать, также абсолютно правомерен. Вакцинировать молодых и практически здоровых людей особого смысла нет: как показала нынешняя пандемия, они переносят заболевание легко. Чего не скажешь о людях с хроническими заболеваниями, которым вакцинопрофилактика необходима. Но знаем ли мы сегодня, как эта вакцина будет работать при тех заболеваниях, которые обусловили наибольшее число летальных исходов от COVID-19: сахарный диабет, ожирение, сосудистые патологии? Не знаем. Чтобы испытать вакцину в отношении этих заболеваний, необходимо создать экспериментальные модели диабета на животных, вакцинировать их, затем наблюдать за формированием иммунитета, после чего заразить вирусом и посмотреть реакцию организма. Было ли это сделано в столь короткие сроки?

– Всё очень серьёзно, как видите. Мы не должны забывать, что делаем не лекарство, а вакцину. В случае с лекарством мы пытаемся спасти человека от смерти и потому имеем право рисковать, а в случае с вакциной, которую вводим здоровым людям, рисковать нельзя, – настаивает В.Зверев.

Что касается вакцин, над которыми трудятся учёные «академических» институтов, они создаются на других технологических платформах. В Федеральном научном центре исследований и разработки

иммунобиологических препаратов им. М.П.Чумакова разрабатывают инактивированную цельновирсионную вакцину. В Институте биоорганической химии им. М.М.Шемякина и Ю.А.Овчинникова РАН используют абсолютно новый подход – вакцина разрабатывается на нуклеиновой кислоте. Всё очень серьёзно и никакой спешки.

Двойная атака

Во время недавнего визита в Екатеринбург министр здравоохранения России Михаил Мурашко высказал мнение, что вакцинация населения против гриппа и пневмококковой инфекции поможет нашей стране бороться с COVID-19 в предстоящем эпидсезоне. «Без прививки в период подъёма эпидзаболеваемости может возникнуть синергетический эффект гриппа и COVID-19. Поэтому вакцинация против гриппа – ключевое условие, позволяющее снизить процент осложнённых форм COVID-19», – заявил министр. Вероятность синергии двух разных вирусов действительно велика?

– Она возможна в теории. Однако мы не знаем, был ли у пациентов, которые умирали от вирусной пневмонии, вызванной коронавирусом, ещё и грипп? Какой процент из числа людей, тяжело переболевших COVID-19 и умерших от него, в этом эпидсезоне прививались против гриппа? Если выяснить это, можно будет сделать выводы, защищает ли противогриппозная прививка от коронавирусной инфекции или хотя бы облегчает её тяжёлое течение, либо такого эффекта нет. Пока такой статистики мы не видели, если она вообще кем-то собиралась, – комментирует В.Зверев.

По мнению учёного, гипотетически прививка против гриппа может в какой-то мере защищать человека и от коронавируса. Ведь наблюдения, проведённые ранее, показали, что люди, привитые против гриппа, либо совсем не болеют, либо легче переносят другие респираторные инфекции, в частности, вызванные риновирусом, вирусом парагриппа и, возможно, аденовирусом тоже. Это говорит о том, что противогриппозная вакцина в принципе хорошо подстёгивает иммунитет.

А вот однозначного ответа на вопрос, целесообразно ли вакцинировать население сразу и против гриппа, и против коронавируса, у моего собеседника нет.

Способна ли иммунная система человека вынести такую мощную встряску без негативных последствий?

– Никто не знает заранее, чем это обернётся. Надо изучать. Вот почему я против того, чтобы начинать вакцинацию от коронавируса в ближайшее время. Мы не знаем, как отреагирует организм человека, привитого против гриппа, на вакцинацию против коронавируса. В связи с этим призываю всех, кто занимается разработкой вакцин и лекарств против коронавируса, а также его лечением, сесть за стол переговоров и проанализировать все накопленные за это время знания и опыт, чтобы в дальнейшем не совершать ошибок, – подытоживает академик В.Зверев.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Фото Олега КИРЮШКИНА.

Среди большого количества онлайн-семинаров, прошедших за лето, особо запомнились немногие. В их числе – вебинар, посвященный важным аспектам ведения беременности высокого риска. Выделялся он тем, что акцент был сделан на простых, казалось бы, само собой разумеющихся моментах, которые вроде бы хорошо известны, но в практической деятельности порой упускаются.

Если говорить в целом, для получения хорошего исхода беременности в группе высокого риска важны компенсация хронического заболевания, динамическое наблюдение профильного специалиста, выявление и эффективное лечение анемии, контроль показателей артериального давления и прибавки веса, рациональная двигательная активность, мониторинг и профилактика акушерских осложнений.

Однако успех кроется в деталях. На них и остановилась ведущий научный сотрудник Московского областного НИИ акушерства и гинекологии доктор медицинских наук Вера Гурьева.

При несладкой патологии действовать в содружестве

В последнее десятилетие резко увеличилось количество беременных с сахарным диабетом 2-го типа. Это связано и с применением вспомогательных репродуктивных технологий, и вообще с ростом частоты диабета в популяции.

Что является важным с позиций акушера-гинеколога в ведении таких беременных? В.Гурьева на первое место ставит компенсацию сахарного диабета, хотя, казалось бы, пусть этим занимаются эндокринологи.

– Ничего подобного! – считает она. – Из своей практики очень хорошо знаю, если нет компенсации диабета, в том числе и в первой половине беременности, то после 30 недель получу целый спектр акушерских осложнений, в виде преэклампсии, диабетической фетопатии, многоводия и т.д.

По её словам, в идеале компенсация диабета должна быть достигнута ещё до зачатия. Поэтому, когда акушер-гинеколог консультирует по какому-то поводу пациентку репродуктивного возраста с диабетом 1-го или 2-го типа вне беременности, стоит напомнить женщине о том, что беременность должна наступать на фоне хорошей компенсации заболевания.

– Мы, акушеры-гинекологи, самые заинтересованные в этом люди, – уверена В.Гурьева. – Именно мы в состоянии создать правильную мотивацию и во время беременности.

Обычно пациентка в этот период нацелена на достижение благоприятного акушерского исхода. И здесь врачебные рекомендации оказываются решающими. Если ей объяснить значимость компенсации диабета, то она будет прилагать усилия.

А по причине того, что потребность в инсулине во время беременности меняется, наблюдение эндокринолога должно быть динамическим. Учить пациентку приспосабливаться к этой меняющейся потребности – прерогатива эндокринолога. А акушером-гинекологом нужно следить за тем, чтобы женщина регулярно посещала профильного специалиста.

Необходимо помнить, что критерии компенсации диабета во время беременности более жёсткие, чем вне беременности.

– Если эндокринолог говорит пациентке, дескать, уровень сахара 12-13 ммоль/л – ничего страшного. С этим никоим образом не нужно соглашаться, – предостерегает коллег В.Гурьева. – Потому что критерии компенсации для пожилых людей одни, а для беременных – совсем другие. При даже не очень высоких значениях в 9-10 ммоль/л вы получите полный спектр акушерских осложнений и, возможно, перинатальную смертность, за которую потом придётся отвечать.

Если у пациентки большой стаж заболевания, скажем, 15-20 лет (обычно это диабет 1-го типа), то весьма вероятно развитие плацентарной недостаточности, возможна задержка роста плода. Это надо иметь в виду и тщательно мониторить таких женщин.

Обсуждения

Простые истины

О том, что само собой разумеется, но зачастую упускается

Определённой акушерской проблемой является гестационный диабет, частота которого достигает 15% в популяции. Самое главное – своевременное его выявление.

– Призываю проводить тест с глюкозой корректно, потому что когда он сделан, например, на фоне ОРВИ или профилактики РДС-синдрома дексаметазоном, получаем неверные цифры, ставим ложные диагнозы. Учитывайте временные противопоказания к проведению теста, – призвала В.Гурьева, добавив, что вопрос о достижении компенсации решается совместно с эндокринологом.

Следует также иметь в виду, что самоконтроль гликемии должен проводиться с момента постановки диагноза и до окончания беременности. Женщины не должны прекращать ведение дневника при улучшении показателей, так как потребность в инсулине с течением беременности увеличивается. Важно объяснять им, что инсулин, назначенный во время беременности, не делает женщину зависимой и легко отменяется в день родов.

Доктор обратила внимание на такой момент, как диагностика манифестного диабета, а это, безусловно, является прерогативой эндокринолога. Но содружественный подход здесь необходим.

– Именно мы, акушеры-гинекологи, первыми смотрим анализы, поэтому обязаны представлять себе при каких показателях гликемии бить тревогу. Цифра 7 и выше натощак – основание для срочного визита женщины к эндокринологу, – подчеркнула В.Гурьева.

Сами с усами

Широко распространена среди беременных и анемия – ею в России страдают около 40% женщин. Она влияет не только на материнский организм, но и на организм ребёнка, служит значимым фактором внутриутробной задержки роста плода и низкого веса новорождённого, поэтому требует адекватного лечения. В акушерской практике преобладают в основном железодефицитные анемии, в небольшом количестве встречаются анемии хронических заболеваний (например, у пациенток с хронической почечной недостаточностью).

Следует учитывать, что во время беременности потребность в железе повышена.

Одна из распространённых причин его дефицита – вегетарианство. Приверженцы такого типа питания нуждаются в постоянном приёме препаратов железа во время беременности.

– Вы можете сказать: «Пусть анемию лечит терапевт». Однако лечение железодефицитной анемии входит в компетенцию акушера-гинеколога. Приказ № 572н Минздрава России позволяет нам самостоятельно назначать препараты железа, – напомнила В.Гурьева.

По её словам, коррекция дефицита при помощи диеты не эффек-

должна быть меньше 4 раз в сутки, даже когда пациентка работает (2 раза утром до работы и 2 раза вечером, по возвращении домой).

Очень непростой, дискуссионный вопрос: диагностические критерии артериальной гипертензии у беременных. На сегодняшний день ряд экспертов считают, что их нужно пересматривать в сторону снижения. Так, в МОНИИАГ уже около 10 лет применяют более жёсткие критерии, чем общепринято.

По мнению В.Гурьевой, подход к определению оптимальных для пациентки уровней артериального

давления должен быть персонализированным. Есть беременные, у которых особенно важно использование низких диагностических критериев артериальной гипертензии. Это женщины с хронической болезнью почек (особенно 2-й-4-й стадии), после трансплантации почки, с большим стажем сахарного диабета, аутоиммунными заболеваниями, преэклампсией в анамнезе, гестационной артериальной гипертензией (то есть те, у которых до начала беременности показатели давления были нормальными). У них терапия должна начинаться со 130/80 мм рт.ст.

В то же время у беременных с исходно очень высоким показателем АД и при тяжёлой преэклампсии жёсткие критерии 130/80 мм рт.ст. (и ниже) не должны применяться, так как значительное снижение давления может негативно отразиться на состоянии матери и плода. Задача снизить его настолько, чтобы исключить риск инсульта. При достижении значений 140, 150 пациентку уже можно родоразрешать.

– Я абсолютно с этим согласна. Если пациентке нравится танцевать, то почему бы и нет, – заметила доктор.

Объём активности должен составлять от 150 до 270 минут в неделю. Очень важно, чтобы нагрузка была равномерно распределена по дням (не менее 25 минут ежедневно, а не два часа по выходным). Её интенсивность на практике определяется с помощью так называемого разговорного теста: если беременная во время упражнений в состоянии вести разговор, то активность для неё нормальная. Если же не может разговаривать, ощущает одышку, то – чрезмерная.

А вот травмоопасные виды активности (катание на горных лыжах, роликовых коньках, лошадях и т.д.), контактные и игровые виды спорта (например, баскетбол, теннис, единоборства), прыжки, подводное плавание с аквалангом во время беременности неприемлемы, так как повышают риск потери плода.

Абсолютными противопоказаниями к физической активности во время беременности служат предлежание плаценты в большом сроке, кровянистые выделения во втором и третьем триместре, подтекание околоплодных вод, преэклампсия, гестационная артериальная гипертензия, тяжёлые формы анемии (гемоглобин ниже 80 г на литр).

Довольно много состояний, когда вопрос об активности, её форме и виде решается индивидуально, например, плохо контролируемая эпилепсия, сильно выраженное ожирение. Если, скажем, у пациентки ортопедические ограничения, и она не может много ходить, предпочтение можно отдать плаванию.

В число важных аспектов ведения беременности входит и контроль прибавки массы тела, ведь большой набор веса ассоциирован с целым рядом осложнений (гестационный диабет, макросомия плода и др.). Допустимая прибавка во втором и третьем триместре зависит от исходного индекса массы тела до беременности. При нормальном индексе она не должна превышать 400 г в неделю. Если был избыточный вес, то не больше 300 г в неделю. А при ожирении – не более 200 г.

Корректировать ситуацию можно, снижая калорийность рациона и повышая двигательную активность.

– Не нужно назначать никаких разгрузочных дней, – подчеркнула В.Гурьева.



Рациональная двигательная активность необходима беременной женщине

тивна. Биодоступность железа из рациона питания низкая и составляет не более 10%. Вера Маратовна рассказала, какие лекарственные препараты наиболее оптимально назначать во время беременности и каковы схемы применения.

Элементарно, доктор?

Ещё один важный аспект ведения беременных – измерение артериального давления. Почему-то считается, что это очень просто.

– Мне всегда страшно задавать вопрос даже во врачебной аудитории: «Сколько тонов по Короткову вы должны дифференцировать при измерении артериального давления?» Не все доктора могут ответить. Акушерки тоже недостаточно осведомлены, – призналась докладчик.

Кроме того, часто на практике используются манометры не откалиброванные, а манжеты, не соответствующие окружности руки. Между тем, если для полной пациентки взять стандартную манжетку, то цифры окажутся завышенными. Но этому моменту в практической деятельности не придаётся значения.

– Мы измеряем давление на амбулаторном приёме один раз в месяц и пытаемся поставить диагноз. Диагностика артериальной гипертензии только по результатам эпизодического измерения давления неправильна, – отметила эксперт. – Нужны суточное мониторирование и контроль самих женщин.

Для сложных пациентов, с высоким риском преэклампсии, с соматическими заболеваниями, с гипертонической болезнью осуществление самоконтроля АД и ведение дневника обязательны. При этом частота измерения не

должна быть меньше 4 раз в сутки, даже когда пациентка работает (2 раза утром до работы и 2 раза вечером, по возвращении домой).

Интересная тема – физическая активность при беременности. Как правило, акушеры-гинекологи стараются оградить женщину в этот период от нагрузок, боясь, как бы чего не вышло. Максимум, что советуют – неспешные прогулки на свежем воздухе. Однако последний гайдлайн американского колледжа Ассоциации акушеров-гинекологов подтверждает то, что активность во время беременности, как ни странно, снижает частоту преждевременных родов (у активных женщин примерно в 3 раза), гестационного диабета, макросомии плода и даже

Двигательная активность – на пользу беременным

Валентина ЕВЛАНОВА, корр. «МГ».

Парадокс хранения

Прежде всего, внимание профессионалов привлёк пункт, в котором сказано, что медицинская помощь по профилю «трансфузиология» оказывается в стационарных условиях или в условиях дневного стационара и включает в себя хранение, транспортировку, обеспечение безопасности и клиническое использование донорской крови.

– Необходимо исключить хранение крови как вид деятельности отделений переливания крови в стационарах. Хранение требует отдельной лицензии, и она необходима только пунктам заготовки крови: вот там она действительно хранится до того момента, как бывает передана в лечебные учреждения. У больницы должна быть лицензия только непосредственно на трансфузиологию. Да, в каждом стационаре предполагается небольшой страховой запас донорской крови для экстренных случаев – несколько контейнеров каждой группы. Однако данный объём не столь велик, чтобы считать это хранением и сопровождать специальным лицензированием. Зачем создавать медицинским организациям дополнительные проблемы? – поясняет председатель совета Российской ассоциации трансфузиологов, доктор медицинских наук, профессор Евгений Жибурт.

Примечательно, что в данной редакции новый порядок реанимирует старую проблему: в начале 2000-х годов от отделений переливания крови вдруг стали требовать лицензию на хранение крови. По словам Е.Жибурта, тогда потребовалось немало усилий и времени, чтобы изъять слово «хранение» из данного нормативного акта. В 2010 г. вышел технический регламент, подписанный тогда ещё председателем Правительства России В.Путиным, в котором было определение, что такое клиническое использование крови – это процесс получения, подготовки и переливания крови, включающий хранение. То есть переливание крови подразумевает, что кровь в лечебное учреждение доставили заранее, там должен быть запас. Разумно? Да, и никакой второй лицензии больнице не нужно.

Неведомым образом – по невнимательности чиновников, составляющих данный регламент, или в чьих-то интересах – спустя много лет слово «хранение» вновь оказалось в нормативном акте. К чему это может привести? К тому, что контрольно-надзорные и правоохранительные органы получат законное право требовать у стационаров лицензию на хранение донорской крови и весьма серьёзно наказывать за её отсутствие.

Везти больного или мешок?

Второе замечание к порядку трансфузиологической помощи не менее существенное. Оно касается вопроса «где переливать кровь?». Как сказано выше, новая редакция порядка предусматривает оказание помощи по профилю «трансфузиология» только в условиях круглосуточного и дневного стационаров.

– А как же карета скорой помощи, борт санитарного вертолёта? И почему нельзя выполнять переливание крови на дому? Возможно, авторы документа не учли тот факт, что в Российской Федерации огромное количество населённых пунктов, которые удалены от районных, а тем более городских больниц на десятки и даже сотни километров. Представим ситуацию: человек, больной лейкозом, должен ездить из своего села на переливание крови в областной центр? Или всё-таки проще доктору из ближайшей районной больницы либо врачебной амбулатории привезти на дом к пациенту мешок

Не будем заблуждаться: нормотворческая деятельность не имеет ничего общего с творческой, разве что слова созвучные. Между тем, очень хотелось бы, чтобы чиновники перестали, наконец, плодить деловые тексты на изошённом канцелярите, а использовали в нормативных актах простые и понятные речевые конструкции, коими богат великий и могучий русский язык.

К чему эта преамбула? К тому, что в России началась реформа контрольно-надзорной деятельности, которую неофициально окрестили «регуляторной гильотиной». С 1 января 2021 г. более 3,7 тыс. нормативных актов, утверждённых ещё во времена СССР и продолжающих действовать с тех пор, утрачивают силу. Немало таких документов полувековой давности осталось и в отечественной системе здравоохранения, они тоже нуждаются в обнулении с последующим обновлением.

Между нами, коллегами

Новый порядок со старыми изъянами

Уметь формулировать мысль – важная задача для чиновника



Е. Жибурт

крови и перелить её? Условия, которые необходимы для проведения процедуры переливания крови, легко воспроизводимы и во врачебной амбулатории, и в офисе врача общей практики, и на дому: нужно совместить группу крови пациента и донора перед гемотрансфузией, а затем понаблюдать за пациентом после неё, – продолжает профессор.

Действительно, что проще транспортировать – больного человека или контейнер с кровью? Судя по логике чиновников, проще первое. А вот в не самом богатом африканском государстве Руанда данную задачу решили в пользу человека. Сегодня эта страна показывает самый высокотехнологичный и гуманный подход к обеспечению плановой трансфузиологической помощью населения отдалённых районов: станция переливания крови, которая находится в городе, заряжает дрон, и тот доставляет гемакон в деревню за сто километров, где находится больная.

– Мы предлагаем дополнить список мест, где разрешено проводить переливание крови, следующими условиями: на дому, в транспортном средстве скорой помощи, в полевых медицинских подразделениях. Напомним, что в армии США действует жёсткий регламент: переливание крови должны начать в течение 15 минут после ранения. Не важно, находится ли боец в данный момент ещё на поле боя, или его

уже везут в госпиталь, врач обязан начать гемотрансфузию, чтобы сохранить жизнь военнослужащему и не подорвать обороноспособность страны, – аргументирует Е.Жибурт.

Причём здесь косметологи?

Ещё один пассаж в проекте документа заставил российских трансфузиологов отреагировать по существу, а журналистов «МГ» – по форме.

Отдельный пункт порядка посвящён тому, кто может переливать кровь в больнице. Начнём с того, что для выражения столь простой мысли чиновники используют невероятно сложную формулировку: «Организация работ (услуг), связанных с клиническим использованием донорской крови и (или) её компонентов, осуществляется медицинскими работниками, соответствующими квалификационным требованиям к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки»... по специальности «Трансфузиология», а также по специальности...» (далее следует длинный перечень на десять строк).

Интересно, почему нельзя было использовать простую и понятную, благозвучную и в то же время строгую, соответствующую документальному жанру, фразу «переливание крови выполняют врачи следующих специальностей»? Разве нормальный письменный язык исказил бы смысл сказанного на канцелярите? Точно нет. Впрочем, дальше – интереснее.

– Особенно порадовало в этом списке присутствие косметологов. Никогда ни один косметолог кровь пациенту не переливал. Пластические хирурги – возможно, но не косметологи. В то же время оториноларингологов, аллергологов-иммунологов, ревматологов и неврологов в этом списке нет. Хотя неврологи точно применяют плазмаферез в лечении своих пациентов, более того, при аутоиммунных заболеваниях с поражением нервной системы плазмаферез записан в стандарте оказания медицинской помощи.

В этой связи Минздрав России тоже актуализирует старые документы и периодически размещает проекты для общественного обсуждения на соответствующем официальном портале. А параллельно успевает готовить новые, которых прежде не было. Один из них – «Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю «трансфузиология» за подписью министра здравоохранения М.Мурашко – вызвал особый интерес у специалистов (в плане содержания текста) и у журналистов «МГ» (как стилистический феномен).

В предлагаемом тексте есть ряд серьёзных смысловых недочётов, которые могут добавить ненужных юридических проблем лечебным учреждениям и осложнить оказание трансфузиологической помощи пациентам. В связи с этим Российская ассоциация трансфузиологов (РАТ) направила в федеральный Минздрав свои замечания и конструктивные предложения к данному проекту.

Я уже не говорю о лор-хирургии, где большие операции всегда связаны с риском кропототери. И если в новой редакции порядка трансфузиологической помощи врачи этих специальностей не будут указаны, как имеющие право проводить переливание крови, это тоже даст повод для проверок и штрафов, – говорит Е.Жибурт.

Вводить списочные ограничения – значит, создавать новые сложности медучреждениям, которые должны будут метаться между двумя нормативными актами. Потому что в данной редакции ведомственный документ вступает в противоречие с другим документом, уже федерального уровня – Постановлением Правительства РФ № 797 от 22.06.2019 «Об утверждении правил заготовки, хранения, транспортировки и клинического использования донорской крови и её компонентов». Там чётко сказано, что переливание крови выполняется врачом-трансфузиологом или лечащим либо дежурным врачом, которые прошли обучение по данной теме. То есть любой доктор вне зависимости от специальности может оказывать данный вид медицинской помощи.

– Есть право лечить людей – должно быть право переливать кровь, – считает Е.Жибурт.

Дружите с языком

Следующее предложение от трансфузиологов к разработчикам регламента – не устанавливать новые правила там, где они будут заведомо невыполнимы. В одном из разделов порядка перечислены обязанности заведующего отделением переливания крови, которому вменяется «обеспечение функционирования системы безопасности донорской крови».

– Что это за система такая в стационаре? Загадка. За безопасность крови отвечает другое учреждение – региональный центр крови, который занимается заготовкой и тестированием биоматериала. А заведующий отделением трансфузиологии в стационаре должен в рамках своих компетенций обеспечить эффективное использование компонентов крови. То есть переливание строго по показаниям – вот что самое главное. Бывают ситуации, когда опасности для пациента нет, но и эффективности переливания тоже нет, – делает акцент профессор.

Не ясно, с какой целью авторы документа прописали, что заведующий кабинетом трансфузиоло-

логии «назначается на должность руководителем медицинской организации». А кем ещё он может назначаться, мэром города? Или избираться общим собранием трудового коллектива? Зачем утяжелять ведомственный документ тем, что давно прописано Трудовым кодексом?

И напоследок вернёмся к тому, с чего начали. Использование в изобилии канцеляризованных – общий недостаток всех официальных документов, но в данном случае их явный переизбыток. Один пример: громоздкая фраза «трансфузия (переливание) донорской крови и (или) её компонентов» проходит красной нитью через весь текст документа. Трудно представить себе организатора здравоохранения или практикующего врача, который не знал бы, что трансфузия и переливание крови – синонимы, а значит подобное разъяснение в документе, предназначенном для профессионалов, не просто неуместно, но даже оскорбительно. Равно как неуместна ставшая с некоторым пор модной у бюрократов письменная конструкция «и (или)».

Напомним, что в ноябре прошлого года Президент России В.Путин провёл Совет по русскому языку, по итогам которого поставил перед Правительством задачу обучить российских чиновников говорить и писать на правильном русском языке. Был повод: учёные-филологи Санкт-Петербургского государственного университета провели языковой анализ более 36,5 тыс. разного рода нормативно-правовых актов, написанных российскими чиновниками, и выявили большое количество нарушений требований определённости, ясности и понятности текстов нормативных актов.

– Одновременно с актуализацией законодательства прошу начать подготовку единого корпуса словарей, справочников, грамматик, содержащих нормы современного литературного языка. Они должны стать обязательными для использования всеми государственными структурами, будь то органы власти, школы, средства массовой информации, – заявил тогда глава государства.

Видимо, процесс «регуляторной гильотины» вновь высветил эту проблему, коль скоро к реализации тех поручений Президента в Правительстве России на днях вернулись вновь.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Фото Олега КИРЬЯНОВА.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 32 (2246)

Определение

Острый простатит – острое бактериальное воспаление предстательной железы.

Микроорганизмы чаще всего попадают в предстательную железу из мочеиспускательного канала при уретрите, катетеризации мочевого пузыря, длительном нахождении уретрального катетера, других эндоскопических манипуляциях на мочеиспускательном канале, а также при биопсии предстательной железы. Острое воспаление простаты может быть следствием обострения хронического простатита. Значительно реже микроорганизмы могут попасть в предстательную железу гематогенно из отдалённых воспалительных очагов.

Код по МКБ-10	Нозологические формы
N41.0	Острый простатит
N41.2	Абсцесс предстательной железы
N49	Воспалительные болезни мужских половых органов, не классифицированные в других рубриках

Классификация

- острый простатит;
- абсцесс предстательной железы.

Оказание скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе

Диагностика (D,4)

Жалобы:

Для острого простатита характерны следующие жалобы:

- Боли в промежности с иррадиацией в область прямой кишки, область половых органов, надлобковую область
- Учащение мочеиспускания
- Сильные позывы на мочеиспускание
- Затруднение мочеиспускания вплоть до острой задержки мочи
- Симптомы общей интоксикации (гипертермия, озноб, лихорадка).

Анамнез

Нижеприведённые данные анамнеза могут указывать на возможность развития острого простатита:

- Инструментальные вмешательства на уретре и мочевом пузыре
- Дренажное мочевого пузыря уретральным катетером
- Биопсия простаты
- Уретрит
- Хронический простатит
- Переохлаждение
- Злоупотребление алкоголем, половые эксцессы
- Очаги хронической гнойной инфекции.

Объективное обследование

● Оценка общего состояния пациента, измерение артериального давления, пульса, термометрия.

При остром простатите могут наблюдаться ухудшение общего состояния пациента, гипертермия, при гнойно-септическом процессе – гипотония, тахикардия.

● При пальцевом ректальном исследовании предстательная железа резко болезненна, напряжена. В случае абсцесса предстательной железы определяется локальное размягчение и симптомы флюктуации.

Лечение (D,4)

При тяжёлом общем состоянии следует поддерживать жизненные функции (в соответствии с общереанимационными принципами), ввести мониторинг АД и ЧСС.

Для купирования боли и при лихорадке на догоспитальном этапе проводится терапия спазмолитиками, анальгетиками и нестероидными противовоспалительными средствами: дротаверин 40 мг в/м и метамизол натрия 500 мг внутримышечно, кеторолак 30 мг в/м.

Пациенты с длительной острой задержкой мочеиспускания, объективными признаками переполнения мочевого пузыря (приглушённым перкуторного звука, пальпируемым мочевым пузырём) и в случае невозможности быстрой медицинской эвакуации в стационар СтОСМП (плохая транспортная доступность стационара) могут нуждаться в катетеризации мочевого пузыря.

Дальнейшее ведение пациента

Большой с острым простатитом подлежит экстренной доставке в стационар.

При удовлетворительном общем состоянии, если у пациента нет сильных болей, лихорадки, симптомов общей интоксикации, выраженной дизурии, острой задержки мо-

чеиспускания и при наличии возможности в кратчайшие сроки обратиться в медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь в амбулаторных условиях по месту жительства, пациент не нуждается в доставке в стационар.

Часто встречающиеся ошибки.

Отказ или задержка в доставке в стационар, когда острый простатит ошибочно принимается за острый цистит.

Оказание скорой медицинской помощи на госпитальном этапе в стационарном отделении скорой медицинской помощи (СтОСМП)

Диагностика (D,4)

Всем больным этой группы в СтОСМП выполняется:

Оказание скорой медицинской помощи при остром простатите (абсцессе предстательной железы)

Клинические рекомендации (протокол)

- измерение АД и ЧСС
- измерение температуры тела
- пальцевое исследование прямой кишки
- общий анализ крови: для острого простатита характерны лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево
- общий анализ мочи: для острого простатита характерны лейкоцитурия
- УЗИ предстательной железы, мочевого пузыря с определением количества остаточной мочи
- Обязательные исследования: консультация врача-уролога
- Дополнительные исследования (по показаниям):
 - УЗИ брюшной полости (при подозрении на парапроктит, проктит, флегмону таза);
 - консультация хирурга (при подозрении на парапроктит, проктит, флегмону таза).

Данные анамнеза и жалоб, физикального обследования на госпитальном и догоспитальном этапах совпадают.

Инструментальные методы диагностики

● Ультразвуковое трансабдоминальное исследование предстательной железы, мочевого пузыря с определением количества остаточной мочи

При остром простатите могут определяться эхографические признаки воспалительного процесса в предстательной железе: неоднородное снижение эхогенности предстательной железы и её капсулы.

При абсцессе предстательной железы определяется эхогенное неоднородное образование (1).

Дифференциальная диагностика

Необходимо провести дифференциальную диагностику острого простатита и абсцесса предстательной железы с такими хирургическими болезнями как проктит, парапроктит, флегмона таза. При этих заболеваниях предстательная железа при пальпации безболезненна, а надавливание на стенку прямой кишки вне проекции предстательной железы вызывает резкую боль. Флегмона таза может развиваться как осложнение острого простатита и абсцесса предстательной железы. При любом подозрении на гнойные заболевания таза необходима консультация хирурга.

Также необходимо дифференцировать острый простатит и абсцесс предстательной железы с острым циститом. У мужчин острый цистит может возникать как следствие хронической задержки мочеиспускания, камней мочевого пузыря, эндоскопических вмешательств на мочевыводящих путях. Возникновение цистита без этих предрасполагающих факторов

происходит крайне редко. При остром цистите, в отличие от острого простатита, нет симптомов общей интоксикации (лихорадки, озноба, повышения температуры тела) и пальпация предстательной железы безболезненная.

Лечение (D,4)

При наличии данных за острый простатит показана срочная консультация уролога. Подтверждение диагноза острый простатит является показанием для госпитализации в специализированное урологическое отделение.

При развитии флегмоны таза лечение проводится в условиях гнойного хирургического отделения.

Пациенты с острой задержкой мочеиспускания нуждаются в дренировании мочевого пузыря предпочтительно надлобковым доступом.

Что нельзя делать

Проводить массаж предстательной железы с получением секрета простаты, трехстаканную пробу.

Дальнейшее ведение пациента

Определяется после консультации врача-уролога.

При подтверждении диагноза острый простатит – госпитализация в специали-

зированное урологическое отделение.

Если у пациента нет лихорадки, симптомов общей интоксикации, острой и хронической задержки мочи, болей, то пациент может быть выписан из СтОСМП с рекомендацией в кратчайшие сроки обратиться в медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Госпитализация на койки краткосрочного пребывания в СтОСМП показана для дообследования и подтверждения диагноза острого простатита (абсцесс предстательной железы) и проведения дифференциальной диагностики с гнойными хирургическими заболеваниями кишечника и клетчатки таза.

При исключении диагноза острый простатит и удовлетворительном общем состоянии пациент может быть отпущен для обследования и лечения в медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Прогноз острого простатита при своевременном и адекватном лечении в целом благоприятный. Опасность перехода острого простатита в хроническую форму требует диспансерного наблюдения за этими больными.

Приложение

Сила рекомендаций (A-D), уровни доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) по схеме 1 и схеме 2 приводятся при изложении текста клинических рекомендаций (протоколов)

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 1)

Уровни доказательств	Описание
1++	Метаанализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1+	Качественно проведённые метаанализы, систематические или РКИ с низким риском систематических ошибок
1-	Метаанализы, систематические или РКИ с высоким риском систематических ошибок
2++	Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2+	Хорошо проведённые исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2-	Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
3	Не аналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев)
4	Мнения экспертов

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 2)

Сила	Описание
A	По меньшей мере один метаанализ, систематический обзор или РКИ, оценённые как 1++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов, или группа доказательств, включающая результаты исследований, оценённые как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов
B	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оценённые как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов, или экстраполированные доказательства из исследований, оценённые как 1++ или 1+
C	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оценённые как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов, или экстраполированные доказательства из исследований, оценённые как 2++
D	Доказательства уровня 3 или 4 или экстраполированные доказательства из исследований, оценённые как 2+

Определение:

Острый эпидидимит – острое воспаление придатка яичка.

Острый орхит – острое воспаление яичка.

Орхоэпидидимит – сочетанное воспаление яичка и придатка яичка.

Этиология и патогенез

Чаще всего воспаление яичка и его придатка является следствием инфекционных процессов различной локализации (уретрит, простатит, тонзиллит, паротит и др.), а так же перенесённой травмы органов мошонки, инструментальных исследований, катетеризации мочевого пузыря. Редкой причиной острого эпидидимита может являться приём противоритмического препарата амиодарона, при этом воспалительный процесс обычно имеет двусторонний характер.

Код по МКБ-10	Нозологическая форма
N45.0	Орхит, эпидидимит и эпидидимоорхит с абсцессом

Классификация

Острый эпидидимит:

- серозный
- гнойный
- односторонний
- двусторонний.

Оказание скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе

Клинические проявления при остром эпидидимите, остром орхите или их сочетании схожие.

Диагностика (D,4) (клиническая картина):

Острый эпидидимит

Жалобы:

– боль в соответствующей половине мошонки с иррадиацией в пах и боковую поверхность бедра;

– гиперемия кожи мошонки и увеличение её объёма;

– повышение температуры тела, лихорадка и озноб.

Анамнез

При сборе анамнеза следует обратить

Определение

Перекручивание яичка – патологическое скручивание семенного канатика, вызванное поворотом яичка, что приводит к ущемлению или некрозу яичка.

Код по МКБ-10	Нозологическая форма
N44	Перекручивание яичка

Этиология и патогенез

Перекручивание яичка чаще случается у новорождённых и в период полового созревания. Основная причина этого – внезапное сильное сокращение кремастера, который у детей развит сильнее, чем у взрослых, так же причиной перекута может быть физическая нагрузка. При перекуте яичка уже через 4-6 часов происходит нарушение крово- и лимфообращения, что приводит к гибели сперматогенного эпителия и развитию инфаркта яичка. Если в ближайшие часы не ликвидировать нарушение кровообращения, то происходит некроз яичка. Если нарушение было частичным и кратковременным, то функция может восстановиться.

Классификация

Выделяют внеблагалищное и внутривлагалищное перекучивание яичка:

● Внеблагалищное перекучивание яичка наблюдают у детей до 1 года

● Внутривлагалищное перекучивание – чаще возникает у детей старше 1 года и у взрослых.

Оказание скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе

Диагностика (D,4)

Жалобы:

Острое начало заболевания, внезапное появление сильной боли в области мошонки, иррадиирующие в паховую область и низ живота. Возможны: тошнота, рвота, тахикардия, потливость, вплоть до появления симптомов шока.

Анамнез

Недавняя травма мошонки, сексуальная активность, возникновение симптомов во время сна или отдыха, при физической активности или занятии спортом; эпизоды подобных болей в анамнезе.

Физикальное исследование

Осмотр: осмотр живота и наружных половых органов. Оценивать наличие или отсутствие выделений из мочеиспускательного канала, положение поражённого яичка и его оси, наличие или отсутствие гидроцеле на стороне поражённого яичка или с противоположной стороны, присутствие индурации или избыточ-

Оказание скорой медицинской помощи при остром эпидидимите, остром орхите

Клинические рекомендации (протокол)

внимание на наличие заболеваний, передающихся половым путём, инструментальные вмешательства на уретре и мочевом пузыре, дренирование мочевого пузыря уретральным катетером, уретрит, очаги хронической гнойной инфекции.

Объективное обследование:

Для острого орхита, эпидидимита характерно:

- увеличение мошонки;
- гиперемия кожи мошонки;
- резко болезненные при пальпации органы мошонки (яичко, придаток);
- приподнимание мошонки при пальпации может облегчать симптомы заболевания (положительный симптом Прена);
- может развиться реактивная водянка оболочек яичка.

Осложнения:

- абсцесс яичка;
- инфаркт яичка.

Дифференциальная диагностика

Острый эпидидимит и орхит входят в синдром острой мошонки, так же как и перекут яичка. В первую очередь необходимо проводить дифференциальный диагноз с перекутом яичка (отсутствует лихорадка, симптом Прена отрицательный).

Лечение (D,4)

С целью обезболивания могут быть введены следующие лекарственные препараты: дротаверин 40 мг внутримышечно, кеторолак 30 мг, метамизол натрия 500 мг внутримышечно.

Дальнейшее ведение пациента (показания к доставке в стационар)

Все больные с признаками острого эпидидимита и орхита подлежат немедленному направлению в многопрофильные стационары скорой медицинской помощи.

Оказание скорой медицинской помощи на госпитальном этапе в стационарном отделении скорой медицинской помощи

Данные анамнеза и жалоб, физикального обследования на догоспитальном и госпитальном этапах совпадают.

Всем больным с синдромом острой мошонки выполняется:

Диагностика (D,4)

- консультация врача-уролога;
- измерение АД и ЧСС;
- клинический анализ крови: лейкоцитоз;
- общий анализ мочи: лейкоцитурия;
- анализ мочи с посевом: для выявления чувствительности патогенных микроорганизмов, вызвавших развитие заболевания;
- УЗИ органов мошонки (определяется увеличенный и отёкший придаток со сниженной эхогенностью). Для гнойного орхита, эпидидимита характерны гипозоногенные образования в проекции яичка и его придатка;
- доплерография органов мошонки (если нужна дифференциальная диагностика с перекутом яичка).

Оказание скорой медицинской помощи при перекучивании яичка

Клинические рекомендации (протокол)

ной ткани в яичке или его придатке, изменение цвета мошонки.

Пальпация. Яичко пальпируется у верхнего края мошонки, что связано с укорочением семенного канатика. Пальпация мошонки малоболезненная. Иногда придаток пальпируется спереди от яичка. Семенной канатик утолщён. В последующем наблюдается отёчность и гиперемия мошонки. Из-за нарушения оттока лимфы может быть вторичное гидроцеле.

Отсутствие кремастерного рефлекса (в норме в ответ на поглаживание кожи внутренней поверхности бедра происходит медленное поднимание яичка к паховому каналу на стороне раздражителя) (С,3).

Для перекучивания яичка характерен положительный симптом Прена (приподнимание мошонки не уменьшает боли, как при эпидидимите, а наоборот, усиливает).

Дифференциальная диагностика

Дифференциальная диагностика проводится с орхитом, эпидидимитом, перекутом гидатиды Морганьи, варикоцеле, опухолью яичка, ущемлённой грыжей, острым аппендицитом, отёком Квинке, ушибом или разрывом яичка. Все эти заболевания описываются единым термином «синдром острой мошонки» – состоянием, требующим экстренной доставки в стационар.

Продолжительность симптомов при перекучивании яичка меньше, чем при перекуте гидатиды Морганьи и остром эпидидимите. При остром эпидидимите пальпируется напряжённый, болезненный придаток яичка, в то время как при перекучивании яичка чаще пальпируется увеличенное, болезненное яичко. При перекуте гидатиды Морганьи отмечают изолированную болезненность верхнего полюса яичка (С,3).

Патологическое расположение яичка при его перекучивании нагляднее, чем при эпидидимите. Лихорадка при эпидидимите развивается часто, а при перекучивании яичка её может не быть. Классический симптом «голубой точки» выявляется при перекуте гидатиды Морганьи (С,3).

Определить причину острого поражения мошонки только по данным анамнеза и физикаль-

ного обследования не всегда представляется возможным (С,3).

Лечение на догоспитальном этапе (D,4)

Основная задача СМП при перекучивании яичка – экстренная доставка больного в стационар. Следует вести мониторинг или контроль АД и ЧСС, обеспечить физический покой, локальную гипотермию, введение обезболивающих препаратов:

- Дети:
50%-ный раствор метамизола натрия – 0,1 мл/год жизни внутримышечно
- Взрослые:
дротаверин 40 мг внутримышечно; кеторолак 30 мг внутримышечно; метамизол натрия 500 мг внутримышечно.

Показания к доставке в стационар

Остро возникшая боль («синдром острой мошонки») является показанием к экстренной доставке в стационар. Медицинская эвакуация осуществляется в положении лежа на носилках с приподнятым головным концом. Госпитализация должна быть осуществлена в первые часы от начала заболевания, чтобы избежать необратимых осложнений яичка поражённой стороны.

Оказание скорой медицинской помощи на госпитальном этапе в стационарном отделении скорой медицинской помощи

Все больные с признаками перекучивания яичка подлежат немедленному направлению в многопрофильные стационары скорой медицинской помощи, где круглосуточно обеспечивается дежурная урологическая служба. Для уточнения диагноза по рекомендации уролога возможно потребуется выполнение доплерографического УЗИ или динамической МРТ с контрастированием. Все пациенты с признаками «острой мошонки» должны быть осмотрены урологом.

При УЗИ архитектура яичка и его придатка видна хорошо, опытный врач может получить свидетельство наличия или отсутствия кровотока в яичке. Эхографически перекут яичка характеризуется неомогенностью изображения

Лечение (D,4)

При наличии данных острого эпидидимита, острого орхита больному показана срочная консультация уролога. Подтверждение этих диагнозов является показанием для госпитализации в специализированное урологическое отделение.

Если у пациента нет выраженных болей в области мошонки, лихорадки, гипертермии, симптомов общей интоксикации, данных за гнойный процесс в мошонке, реактивной водянки оболочек яичка, то пациент может быть выписан из СтОСМП с рекомендацией в кратчайшие сроки обратиться в медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

При наличии сильных болей в мошонке, водянки оболочек яичка, высокой температуры, симптомов интоксикации больному показано лечение в условиях урологического отделения многопрофильного стационара с парентеральным применением антибактериальных препаратов (фторхинолоны, цефалоспорины).

При безуспешности консервативной терапии, наличии данных за имеющийся гнойный процесс в области мошонки больному показано хирургическое лечение.

Прогноз

При своевременно начатом лечении неспецифического эпидидимита прогноз благоприятный. При рецидивировании заболевания может развиться непроходимости придатка и семявыносящего протока, а при двустороннем поражении – бесплодие.

паренхимы с беспорядочным чередованием гипер- и гипозоногенных участков, утолщением покровных тканей мошонки, отёчным гиперэхогенным придатком, небольшим объёмом гидроцеле. Необходимо применение тканевого (энергетического) доплерографического картирования. Исследование необходимо проводить симметрично, чтобы выявить минимальные изменения, как, например, при неполном перекуте или самопроизвольном разрешении. В поражённом яичке кровотока обедняется или даже полностью не определяется (при воспалении кровотока усиливается). Самопроизвольное устранение перекучивания приводит к реактивному усилению кровотока, чётко видно по сравнению с предыдущими исследованиями.

Чувствительность УЗИ для диагностики перекучивания яичка составляет 63-100%, специфичность 97-100%, положительное прогностическое значение – 100%, отрицательное прогностическое значение – 97,5% (С,3).

При динамическом МРТ с контрастированием здоровое яичко быстро накапливает контраст, в то время как на стороне перекута накопления контрастного вещества практически не происходит. Перекучивание аппендикса яичка (гидатиды Морганьи) также может быть выявлено с применением динамического МРТ с контрастированием. Чувствительность метода достигает 100% (С,3).

У 2-3% больных перекучивание можно ликвидировать в первые часы заболевания, осуществив наружную ручную деторсию.

Оперативное лечение. Все пациенты с подозрением на перекучивание яичка должны быть в экстренном порядке осмотрены урологом в условиях СтОСМП. При подтверждении диагноза экстренная ревизия органов мошонки, деторсия яичка и орхипексия должны быть выполнены в первые 6 часов от начала заболевания, дабы предотвратить необратимые изменения в структуре яичка.

Под редакцией заведующего кафедрой урологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П.Павлова профессора Сальмана АЛЬ-ШУКРИ.

Он стал первым специализированным конгрессно-выставочным мероприятием федерального масштаба в Москве после снятия ограничительных мер. Главная тема форума: охрана и укрепление здоровья населения в условиях новых вызовов. Традиционно в рамках мероприятия проходит «круглый стол», который проводит Федеральный фонд обязательного медицинского страхования. На этот раз темой обсуждения на импровизированной секции стало обеспечение прав граждан в системе ОМС.

«Для российского здравоохранения 2020 г. стал особенным. Весной этого года ОМС вынуждено было реформировать свою работу в связи с коронавирусом, необходимо было обеспечить доступность медицинской помощи всем. Сложные задачи, вставшие перед всей отраслью, вместе с медицинскими работниками решала и система ОМС, как финансовый фундамент службы охраны здоровья. Кроме того, пандемия обострила проблематику оказания медицинской помощи для определённых групп населения. Для обеспечения необходимого уровня лечения, которого требуют многие хронические заболевания, выполнялась, действительно, сложная, трудная работа. Справиться с большинством проблем помогали поиск решений, разработка нестандартных подходов. Но самый тяжёлый период в противостоянии вирусу позади, перед здравоохранением встали новые проблемы. Прежде всего, больницы, поликлиники сосредоточились на повышении доступности и качества медицинской помощи. Планы, которые из-за ограничительных мер были отложены, начинают реализовываться», – сказала на открытии «круглого стола» заместитель председателя Федерального фонда ОМС Светлана Кравчук.

– В преддверии прогнозируемой рядом специалистов второй волны эпидемии коронавируса крайне важно сформировать устойчивую систему реагирования на вызовы, о которых мы даже не подозревали ещё год назад. Необходимо обеспечить финансовую устойчивость лечебных учреждений. Важно продолжать работу по развитию механизмов защиты страховыми медицинскими организациями прав застрахованных в условиях кризисных ситуаций, – так считает вице-президент Всероссийского союза страховщиков Дмитрий Кузнецов.

Единые подходы обеспечат результат

Как заявила в своём выступлении начальник Управления организации ОМС федерального фонда Ольга Верховодова, бюджет базовой программы ОМС в 2020 г. составит 2,2 трлн руб., что связано с увеличением подушевого норматива до 12 699 руб. Это очень важно, потому что действует единый подушевой норматив для всей страны. Он обеспечивает общность подходов и, соответственно, реализацию территориальных программ, влияет на равные права граждан в системе ОМС, позволяет перечислить достаточно средств для выплаты социальных гарантий медицинским работникам. А по большому счёту, направлен и на выполнение тех показателей, ко-

торые прописаны в Национальном проекте «Здравоохранение» и определены Министерством экономического развития РФ. Например, на осуществление профилактических осмотров, выделение дополнительных денег, которые перечисляются на финансирование высокотехнологичной медицинской помощи. В действующей базовой программе чётко расставлены приоритеты, согласно нацпроекту «Здравоохранение» – профилактическое направление, первичная медико-санитарная

предоставлялась в полном объёме, а не только больным с выявленной вирусной пневмонией. При этом страховые медицинские организации продолжали защищать права пациентов. Эксперты проводили не только медико-экономическую экспертизу, но и качества оказания медицинской помощи. Анализировали, насколько она соответствует порядкам и стандартам, клиническим рекомендациям диагностики и лечения онкологических, сердечно-сосудистых заболеваний. Конечно, в период

Конечно, никто не мог предположить, что российское здравоохранение столкнётся с пандемией новой коронавирусной инфекции. В результате 44,2 млрд руб. потрачено на диагностику и лечение заболеваний, вызванных COVID-19. Перед системой ОМС ставились ответственные задачи – авансирование деятельности лечебных учреждений, увеличение финансирования проведения тестирований. Сегодня наступило время снятия ограничительных мер. Этапность выхода из карантина

месяцы выйти на запланированные показатели.

Медицинская помощь онкологическим больным – это не только лучевая, но и химиотерапия. Перед последней необходимо выполнить ряд лабораторных анализов. Однако медико-генетические исследования проводятся далеко не везде перед назначением химиотерапии. Почему это происходит, в ближайшее время разберутся эксперты страховых медицинских организаций. Они проведут тематические экспертизы.

ОМС: реальность и перспективы

Этот трудный период

Всероссийский форум «Здоровье нации – основа процветания России» завершил свою работу



«Круглый стол» начинает работу

помощь, расходы на содержание фельдшерско-акушерских пунктов, субвенции на оплату медицинской помощи в малых городах, таёжных посёлках, отдалённых населённых пунктах. Безусловно, в последние годы больше средств выделяется на медицинскую помощь, которая предоставляется старшему поколению. Важное направление – увеличение объёма высокотехнологичной медицинской помощи.

Как известно, в государственной программе установлены конкретные сроки ожидания. Их соблюдение контролируется страховыми медицинскими организациями. Особенностью территориальных программ 2020 г. является сокращение сроков ожидания диагностики и лечения при выявлении злокачественных новообразований. Но они только начинают действовать, учитывая, что угроза распространения новой коронавирусной инфекции заставила правительство и парламент принять изменения в Закон об обязательном медицинском страховании. Поправки позволили Правительству РФ установить особенности реализации базовой программы в период ограничительных мер. Этот закон вступил в действие 6 апреля. Его принятие позволило приостановить проведение профилактических мероприятий. Между тем, медицинская помощь в период пандемии

эпидемии возникли серьёзные трудности с доступностью специализированной помощи. Тем не менее клиницистам удалось добиться того, что по итогам полугодия в стационарах пролечено не только не меньше, но и на 4% больше онкологических больных. Не менее показательный прирост объёмов такой помощи на амбулаторном этапе. То есть курсы химиотерапии продолжали проводиться.

Страховые медицинские организации провели контроль всех этапов оказания медицинской помощи, проанализировав историю формирования обращений. Сроки, установленные в территориальных программах, стали лучше соблюдаться. Более того, регистрировалось меньше запоздалых назначений химиотерапии. В значительной степени медицинская помощь соответствовала порядкам, стандартам и клиническим рекомендациям. Экспертами отмечалась только недостаточная работа первичного звена по раннему выявлению рака. Положение дел с диагностикой злокачественных опухолей на уровне поликлиник, врачебных амбулаторий требует усиления контроля. Медицинская документация подтверждает и положительную динамику при диагностике и лечении сердечно-сосудистых заболеваний. За первое полугодие количество случаев неплановой госпитализации демонстрирует чёткую тенденцию к уменьше-

каждый регион определяет сам. Большинство из них вступило уже во второй этап снятия ограничений. 18 субъектов страны пошли дальше и возобновили проведение профилактических мероприятий. Перед страховыми медицинскими организациями сегодня ставится задача грамотно информировать население о возобновлении диспансеризации и осмотров.

Хотелось бы большего, но и сделано немало

Итоги мониторинга оказания медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями за 6 месяцев 2020 г. в субъектах Российской Федерации представила начальник Управления модернизации системы ОМС Федерального фонда Ольга Царёва. По её оценке, здравоохранение большинства территорий выполнило в полном объёме обязательства по предоставлению медицинской помощи онкологическим больным. Исключение составляют показатели доступности лучевой терапии. Она оказывается далеко не во всех субъектах РФ. Из-за пандемии стало невозможно направлять больных в федеральные клиники или в соседние регионы. При этом государство выделяет 10 млрд руб. на оказание медицинской помощи по профилям лучевой и впервые протонной терапии. Клиники должны в ближайшие

Заинтересовать материально

Минздравом России на днях издан приказ о порядке и условиях осуществления денежных выплат стимулирующего характера медицинским работникам за выявление онкологических заболеваний в ходе проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров населения.

За каждый случай впервые выявленного онкологического заболевания, подтверждённого при дальнейших исследованиях, будет осуществляться выплата в 1 тыс. руб., из которой 500 руб. получает врач, ответственный за организацию и проведение профосмотра и диспансеризации (за исключением руководителя поликлиники или больницы), и ещё 500 руб. (суммарно) – медицинские работники, назначившие диагностическое исследование в ходе или по результатам профосмотра и диспансеризации, своевременно выполнившие его и установившие диспансерное наблюдение за пациентом.

В документе прописан алгоритм действий медицинских и страховых организаций, территориальных фондов, указаны сроки обработки информации и перечисления средств, а также приложены образцы заявок на их получение, соглашения ТФОМС и медицинской организации на софинансирование расходов для осуществления денежных выплат.

Для предоставления целевых межбюджетных трансфертов на стимулирующие выплаты медицинским работникам за выявление онкологических заболеваний при диспансеризации и профосмотрах в бюджете ФОМС ежегодно запланировано выделение 1,2 млрд руб. в течение ближайших 3 лет.

Это может стать хорошим стимулом для усиления онкологической настороженности терапевтов, докторов других специальностей во время профосмотров и диспансеризации. И как следствие, – увеличить выявление онкологических заболеваний на ранних стадиях, а значит поможет более эффективно бороться со злокачественными новообразованиями. В пилотных регионах стимулирующие выплаты, как известно,

дали хорошие результаты. Теперь это выйдет на федеральный уровень.

Сейчас ФОМС готовит официальное письмо, в котором будет более детально расписан порядок таких выплат. Главной новеллой его станет то, что связующим звеном по реализации этого направления станут страховые медицинские организации. Они получат новые полномочия по формированию сведений для оформления стимулирующих выплат, которые в последующем будут предоставляться в территориальные и федеральный фонды.

Севастополь вступил в ОМС

О защите прав граждан по обеспечению качественной и доступной медицинской помощи в городе федерального значения Севастополе рассказала директор территориального фонда ОМС этого региона Татьяна Гроздова. Система ОМС начала внедряться в здравоохранение города с 2014 г., до этого в территории не было медицинского страхования. Прошло 6 лет, как городская медицина перешла в систему здравоохранения Российской Федерации. Теперь отчётность лечебных учреждений строится по другим правилам, а застрахованные получили возможность защитить свои права. Граждане начали активно обращаться в страховые медицинские организации. Главной особенностью системы ОМС в Севастополе остаётся постоянный рост числа застрахованных. В город переезжают на постоянное место жительства много людей из других субъектов РФ и соседних стран. В результате объём финансирования здравоохранения с 2015 г. вырос на 70%. Чтобы неработающее население получало медицинскую помощь в полном объёме, администрация этой черноморской территории уделяет особое внимание перечислению взносов за эти группы населения.

В Севастополе, как и во многих других городах, в условиях пандемии введены определённые ограничения. Так, обмен данными позволяет своевременно проверять, кто приехал на отдых. Пока выявлено 300 инфицированных новой коронавирусной инфекцией.

Если ещё 5 лет назад лечебные учреждения Севастополя не оказывали высокотехнологичную помощь, то сегодня она предоставляется по большинству профилей. Более того, в регион приезжают жители из других уголков страны, соседних областей Украины. Администрация города поддерживает увеличение размера страхового запаса. Благодаря этому, межтерриториальные расчёты выполняются своевременно и в полном объёме. Соответственно, застрахованные, проживающие в Севастополе, могут без каких-либо проблем проходить лечение в федеральных и региональных клиниках. В ближайшие дни в городе для проведения лучевой терапии начнёт работать установка, что обеспечит доступность жителям города. Среди объявленных приоритетов – развитие первичной медико-санитарной и экстренной помощи. Шаг за шагом идёт формирование устойчивой системы финансирования здравоохранения.

Коррекция и «Судьба пациента»

В период пандемии стало очевидно, что часть элементов

системы нуждается в коррекции. Перепрофилирование лечебных учреждений под борьбу с коронавирусом объективно привело к повышению опасений со стороны пациентов с хроническими диагнозами в отношении получения необходимой медицинской помощи, возникла неопределённость с прохождением медико-социальной экспертизы. Отмечались сбои в сфере обеспечения льготными лекарствами и другими медицинскими препаратами и изделиями. По мнению сопредседателя Всероссийского союза пациентов Юрия Жулёва, нельзя «вечно выплывать» за счёт героизма врачей, нужны масштабные информационные решения, которые помогут системно выстроить работу по защите прав пациентов в рамках ОМС, в том числе в маршрутизации пациентов. Он внёс конкретные предложения, как повысить эффективность работы по защите их прав.

Над проблемами информатизации системы ОМС работают как фонды, так и страховые компании. В территориальном фонде ОМС Свердловской области разработан программный продукт «Судьба пациента». Этот инструмент позволяет автоматически выбирать случаи, где с высокой долей вероятности допущены нарушения клинических рекомендаций и стандартов лечения. В фокусе анализа – инфаркты и инсульты, которые зарегистрированы после выписки из профильных стационаров, тяжёлые хронические заболевания у пациента после прохождения диспансеризации, особенно, когда устанавливалась основная группа здоровья.

«В результате проведённого анализа 908 из 913 случаев лечения признаны дефектными. Ключевой дефект – невыполнение или ненадлежащее выполнение лечебных и диагностических мероприятий», – отметил директор ТФОМС Свердловской области Валерий Шелякин. – Выявление проблемы – предотвращение её повторного проявления. А повторные инсульты чаще всего происходят, если пациент не наблюдается у врача в течение полугода и не проявляет приверженности назначенной терапии.

Страховое сообщество выступает за информатизацию

Доклад исполнительного директора по информационным технологиям АО «СОГАЗ-Мед» руководителя рабочей группы по технологии обязательного медицинского страхования при Всероссийском союзе страховщиков Максима Мазитова «Информирование и защита прав застрахованных с использованием современных технологий цифровизации бизнес-процессов» вызвал интерес у собравшихся.

В своём выступлении Максим Римович обратил внимание, что текущий набор бизнес-процессов, применяемых при информатизации отрасли, является слишком громоздким и запутанным. Он содержит лишние векторы управления и дублирующиеся процессы. В результате используется повторяющаяся информация, нет сквозной интеграции, есть разрывы в управлении информацией. Зачастую отсутствует автоматизированный отбор на информирование. По сути, ряд

форм для отчётности, выборки являются избыточными. Он представил модель проведения оптимизации и цифровизации. Уже разработана более простая матрица, на которую могут ложиться процессы информирования застрахованных лиц любого направления (получение полиса, онкоинформирование, кардиоинформирование и т.д.). Данная модель будет реализовываться до 2024 г., когда в соответствии с нацпроектом информирование со стороны страховых медицинских организаций должно быть доведено до 100%. Над её вне-

ктивное управление оказанием медицинских услуг. Контакт с застрахованными в перспективе осуществляется с использованием программных роботов посредством телефонии и рассылки сообщений через почту, смс, мессенджеры, мобильное приложение СОГАЗ-Мед, личные кабинеты сайта госуслуг. По мнению докладчика, наступает время создать «Энциклопедию пациента», чтобы осуществлялась обратная связь, появился новый вектор управления качеством и прозрачностью медицинской помощи.



Форум открывает М. Мурашко

дрением уже ведётся работа. Главное преимущество – современные технологии (машинное обучение, Big Data, программные роботы) позволяют формировать необходимые списки в автоматизированном режиме. Информация до населения доводится через мобильные приложения, личный кабинет на сайте госуслуг, путём рассылки сообщений, электронную почту, различные мессенджеры.

Информация для федерального и территориальных фондов, медицинских организаций должна поступать через сервисы геоинформационной системы (ГИС) ОМС. Предполагается, что ГИС ОМС будет построен по концепции СОА, и всё взаимодействие будет строиться через соответствующие универсальные сервисы без громоздкого описания, который зачастую не исполняется. Информация концентрируется на площадке федерального фонда с возможностью получения различной отчётности и проведения анализа данных. В результате медицинские организации освобождаются от участия в излишних процессах составления отчётности. Всё выполняется силами страховых медицинских организаций. На их уровне уже развёрнут центр обработки данных (ЦОД), в котором в настоящее время базируются основные централизованные хранилища данных (ЦБМУ – центральная база медицинских услуг, ЕРЗ – единый регистр застрахованных, ЕЖОГ – единый журнал обращений граждан). Остаётся реализовать универсальный сервис обмена данными с ГИС ОМС. Далее на уровне страховых медицинских организаций формируются выборки (в том числе в будущем с использованием технологий прогнозирования, машинного обучения, Big Data) на информирование, которое основано на прогнозных моделях. Оно позволит осуществлять пред-



данной модели также рассматривается подход, при котором у застрахованных появится целый спектр возможностей для обращения в страховые медицинские организации: телефония с маршрутизацией программными роботами; мобильное приложение с получением телемедицинских услуг и обслуживания роботом-экспертом; сайт или личный кабинет на портале госуслуг.

Страховое сообщество надеется, что внедрение информатизации позволит решить многие существующие проблемы страхования и организации медицинской помощи. Центры обработки данных будут не только аккумулировать информацию, хранить базу данных и обращений, но и позволят быстро обмениваться информацией, выполнять анализ и продуцировать отчётность.

Реальный вклад в качество помощи

Медицинский директор компании «Нефросовет» (Нефрологический экспертный совет) Александр Чемерис выступил с презентацией «Интеллектуальная информационно-аналитическая программа MaXimus в обеспечении защиты прав застрахованных». Разработка программы началась 10 лет назад при участии медицинских работников, поэтому изначально она была задумана для решения конкретных задач. С 2012 г. MaXimus внедряется в медицинских центрах компании «Нефросовет», сейчас применяется уже в 41 клинике. Обширный функционал системы помогает обеспечивать права застрахованных. Автоматизация процессов и управление потоками пациентов в поликлиниках даёт возможность пациентам своевременно, в установленные Правительством РФ сроки, попадать на приём к врачу и на различные исследования. Заложенные в программу MaXimus стандарты медицинской помощи, утверждённые Минздравом, и клинические рекомендации, разработанные и утверждённые научными сообществами, помогают минимизировать ошибки врача в диагностике и подборе лечения, что значительно повышает качество медицинских услуг.

Основная цель медико-образовательной компании «Нефросовет» – не исправление ошибок в диагностике и лечении, а недопущение их. Без современных цифровых технологий сегодня это невозможно.

Государство гарантирует гражданам, имеющим полис ОМС, доступную и качественную медицинскую помощь. Между тем, медицинским работникам, сотрудникам страховых компаний, территориальных фондов предстоит работать в очень интенсивном режиме, чтобы осуществить намеченные планы. Но эта совместная работа обязательно принесёт хорошие результаты. По крайней мере в этом уверены большинство участников «круглого стола».

Заместитель председателя ФОМС Светлана Кравчук призвала всех выступающих направить прозвучавшие предложения в федеральный фонд, где все они будут изучены. А в дальнейшем разговор и диалог по новым методикам эффективного применения, изменениям в экспертной деятельности страховых компаний будет продолжен на «круглых столах» и на межрегиональных координационных советах.

Алексей ПАПЫРИН,
обозреватель «МГ».

Similia similibus curantur – девиз на знамени отряда альтернативной медицины, под которым гомеопатия, с момента своих именин в начале XIX века, упорно продолжает биться не столько за официальное признание, сколько за место под финансовым солнцем. И вполне успешно. Сказывается, очевидно, гиппократовская закладка с дохристианских времён. Академическая наука с ней достаточно давно определилась – шарлатанство и мошенничество. Но так ли всё однозначно? По крайней мере, популярность её даже в современном мире приходится признать. А уж в соблюдении краеугольного принципа медицины – не навреди! – согласимся, нет ей равных. Всё это наводит на кое-какие размышления.

Желаемое за действительное

Не ставя целью скрупулёзный пересказ известных исторических фактов о «боевом пути» этой псевдонауки, коими полны открытые медийные источники, стоит вспомнить один показательный.

В начале 80-х годов XX века после скандальной публикации в уважаемом и ныне журнале Nature статьи известного французского поборника гомеопатии, вполне себе ещё и профессионального иммунолога – Жака Бенвениста, разразились споры вокруг понятия «память воды». Теоретики метода утверждали, что растворы действующих веществ даже в больших разведениях, до 1 : 1024 и выше, не только сохраняют лечебные свойства, но и усиливаются, поскольку вода обладает своеобразной «памятью, осуществляющей передачу биологической информации». Хотя три-четыре вычисления показывают, что в препаратах с такими разведениями вероятность наличия хотя бы одной молекулы действующего вещества близка к нулю.

Как иммунолог Ж. Бенвенист экспериментировал с иммуноглобулинами. Результаты его исследований решили опубликовать, «поскольку у редакции журнала не было причин отклонять статью, коль скоро на то время в ней не было обнаружено методологических ошибок». Однако публикации предшествовала заметка главного редактора Мэддокса, в которой читателей предостерегали от вынесения преждевременных суждений. В качестве аргументов приводилось несколько примеров неизбежных нарушений законов физики и химии, если принять на веру утверждения Бенвениста. Было также предложено воспроизвести эксперимент под контролем группы, включавшей в себя самого Мэддокса, Джеймса Рэнди (основателя фонда, который занимается исследованиями и научной проверкой фактов, представляемых различными лицами и организациями в качестве так называемых паранормальных явлений) и Уолтера Стюарта (физика и внешнего сотрудника Национальных институтов здоровья США).

Как указано в источнике, «группа приехала в лабораторию Бенвениста и повторила эксперимент. В первой серии опыты проводились в точности как было описано в статье. Полученные данные очень близко совпали с опубликованными. Однако Мэддокс заметил, что в процессе исследования экспериментаторы были осведомлены, в каких колбах находится антиген, а в каких нет. Во второй серии опытов Мэддокс потребовал соблюдения условия двойного слепого метода исследования. В помещении велось видеонаблюдение, надписи на пробирках были зашифрованы. Хотя все (включая группу Мэддокса) были уверены, что результат повторится, эффект немедленно исчез».

Вывод из отчёта об эксперименте: «Нет никаких оснований для предположения, что иммуноглобулины в высоком разведении

сохраняют свою биологическую активность. Гипотеза о том, что вода обладает памятью о прошлых растворах, является столь же ненужной, как и надуманной». К тому же было указано, что работу двух сотрудников учёного оплачивала крупная гомеопатическая компания. Комментарий главного редактора Nature: «Мы уверены, что лаборатория способствовала и лелеяла заблуждения Бенвениста в интерпретации данных». Точка.

Кстати, уникалам на заметку. Фонд Джеймса Рэнди более известен тем, что официально

деня, что обработано магнитом, биополем и прочее...»

Поясняя психологические механизмы плацебо, В.Завьялов пишет: «Очень маленькие «горошинки» воспринимаются как сильнодействующее вещество. В старинных рецептах дозировка «на кончике пера» вызывала сама по себе такие эффекты, которые, наверное, не могло вызвать даже реально сильнодействующее вещество».

Приводятся в книге и многие факты, подкрепляющие максимум – теория сильна практикой. «Знаменитый терапевт XIX века М.Мудров выработал целую систему ритуалов

и болезненность, соотносить параметры «до» и «после». И всё это, бесспорно, с немалым желанием успеха, с неугасимой жаждой жизни. Можно предположить, что ничего и никогда ранее он так не желал, как чуда от инновационной терапии.

И мощь собственной психической энергии подчас, а порой даже и нередко, срабатывает и на фоне плацебо. Таковым, как представляется, может быть одно из логически выверенных объяснений механизмов вышеописанного феномена. Что может, пусть предположит лучше.

Ищущие да обрящут

Рано или поздно сарафанное радио, пациентская солидарность и Сеть предложат ищущим альтернативу что-либо чудодейственное. Как правило, со слов имярек, спасшегося таким снадобьем от всего на свете. Спектр – от авиационного керосина (по столовой ложке 3 раза в день натощак) до гомеопатии. Где последняя будет самой безобидной из возможного. Разумеется, мало кто из таких рекламодателей будет напоминать, что Всемирная организация здравоохранения предостерегает

Точка зрения

О гомеопатии замолвлю я слово, хотя...

Плацебо или не плацебо – для науки не вопрос!

гарантирует премию до 1 млн долл. любому, кто сможет продемонстрировать паранормальные способности в условиях корректно поставленного эксперимента. Ни один претендент пока не смог добиться получения этой премии, хотя желающих бывает довольно много – заявки на тестирование подаются ежегодно порядка 50 человек. Держайте!

«Я лечу, а исцеляет Бог»

От известного медикам выражения Амбруаза Паре в значительной мере отталкивается Владимир Завьялов, новосибирский психиатр, психотерапевт, доктор медицинских наук, профессор, рассуждая в своей монографии «Необъявленная психотерапия» о феноменах плацебо.

«Лечение без всяких лекарств и медицинских процедур немалым для современных людей. Что-то должно действовать на болезнь. В настоящее время действие любого лекарства описывается простеньким уравнением: общий эффект = прямое действие + плацебо. Прямое действие – это фармакологическое влияние или «химическое сообщение», которое принимается к сведению или к исполнению организмом в целом или отдельными исполнительными органами. Само прямое действие редко бывает именно прямым, поскольку организм человека находится в разных функциональных состояниях, при которых одно и то же химическое вещество в одной и той же дозировке может действовать (вернее, вызывать реакции) самым различным, порою диаметрально противоположным образом».

До чего же замечательно последнее наблюдение! Читая инструкции к препаратам, трудно не обратить внимание на предостережения в разделе побочных эффектов. Едва ли не в каждой аннотации запор и диарея соседствуют, как наиболее частые осложнения со стороны желудочно-кишечного тракта.

«Посмотрим теперь, – продолжает В.Завьялов, – как логика чудесного срабатывает в мифологической судьбе лекарств, как возможны, с логической (алогической) точки зрения плацебо-эффекты. ...В числе наиболее популярных плацебогенных элементов лекарств можно выделить так называемые впечатляющие атрибуты. Это те, которые при соответствующем желании дают различные эффекты, которые и причисляются к плацебо. Среди прочего: очень маленький размер пилюль; строгая схема приёма (условия и запреты); возрастание дозы; двойная доза; ссылки на естественность продукта; утверж-

назначения лекарств. Он лечил «специальными» порошками с названиями «золотой», «серебряный», «простой». Названия соответствовали цвет бумаги, в которую были завернуты порошки. Эти порошки (плацебо-имитаторы формы) оказывали чудодейственные эффекты, излечивая многие болезни. После смерти врача выяснилось, что в состав порошков входил всего-навсего хорошо перемолотый мел...»

Не суть важно, какими средствами пользуется для создания терапевтической атмосферы доктор: как Мудров «мудрит» с порошками или заботливо усаживает пивьяки – главное, чтобы эти средства были законными, не вредили ничем и способствовали бы скорейшему возвращению веры в себя».

Информация к размышлению

Несколько лет назад довелось присутствовать на европейском конгрессе онкологов. Посетил один из спутников семинаров по продвижению нескольких новых противоопухолевых препаратов. И стал свидетелем любопытной презентации.

Давали материал по эффективности лекарства против метастазов – в печени, лёгких, костях и лимфатических узлах. Оказалось, эффективно везде, со статистически достоверными подтверждающими цифрами. Вдруг кто-то заметил, что в ряде случаев лимфоузлы отреагировали и на плацебо! И тоже статистически достоверно! Подивились артефакту и продолжили дискуссию.

Стоит ли говорить, что на форуме такого уровня представляются данные исключительно высочайшего качества. И жидутся на золотом стандарте среди исследовательских дизайнов – двойным слепым плацебоконтролируемым рандомизированным исследованием.

Как единственный психотерапевт о феномене задумался, по-видимому, лишь я. Почему только лимфоузлы? И какие именно – центральные или периферические, и в каком соотношении? Как бы то ни было, легко представить, что периферические лимфоузлы, как практически единственные видимые маркёры патологических процессов (не считая некоторых визуально определяемых опухолей), всегда под пристальным вниманием пациентов. И, получая многообещающее новое лекарство от практически фатального недуга, любой человек будет с громадной надеждой ожидать эффекта. И проверить едва ли не ежечасно, как мы делаем это с большим зубом – не прошло ли? И будет щупать, сравнивать их величину, подвиж-

«Загнанных лошадей пристреливают, не так ли?»

Полипрагмазия в лечении молодых пациентов – это чаще всего попытка попасть пальцем в небо. Результат, как правило, недостаточного опыта или квалификации терапевта, либо скудных, в силу самых разных причин, диагностических возможностей. Диагноз ex juvantibus в «полевых условиях» всё лучше, чем ничего.

Иное дело – пациенты старших возрастных категорий. За редкими исключениями, груз прожитых лет у них напрямую коррелирует с весом и объёмом культи с пилюлями. Так было в советские времена, закономерно усугубилось с введением страховой модели медицины. Ведь если раньше врач мог поэкспериментировать со схемами лечения, назначая порой «витаминку» вместо чего-нибудь «убойного», дабы хотя бы на время облегчить давление химического пресса на многострадальный организм, то ныне другое. Современный эскулап стращен рамками стандартов, протоколов и формуляров. Написал в амбулаторной карте диагноз, всё, пиши рецепт на 2-3 препарата. И только попробуй обойтись советами по здоровому образу жизни. Не дай бог, больному станет хуже, не важно, по каким причинам, и он пожалуется не врачу, а сразу адвокату. Годами судебных тяжб с исходами не в пользу медиков дела заканчиваются.

Оставим за скобками данные исследований о лекарственных взаимодействиях; необходимость при хронических недугах принимать препараты если не пожизненно, то многомесячными курсами; рекомендации по дозировке и кратности приёма; склонность пациентов глотать пилюли разом, одной горстью, не заморачиваясь с жидкостями для «запивки», и пр. Да всё это, глядишь, ещё на фоне самодельных опытов с БАДами.

Какие химические коктейли бродят в желудках, крови и цитоплазме «хроников», остаётся только гадать. Самочувствие же таких пациентов, любой терапевт согласится, вкупе с обязанным развитием лекарственным гастритом, с течением времени всё дальше от прогнозируемого. Древняя шутка «с бородой» – консилиум у постели пациента, кто-то вопрошает: «Ну, что, коллеги, будем лечить или пусть живёт?» Интересно, кто придумал – куратор или курируемый?

Даже понимая, в какой лабиринт попали, мало кто решится – всё отменить и начать с чистого листа. И смысл? Стандарт оставляет, конечно, некоторое пространство для манёвра. Поменять шило на мыло.

от гомеопатического лечения инфекционных и любых других серьёзных заболеваний. Как и то, что эксперты организации единомышленники во мнении: «Использование гомеопатии не имеет доказательной базы, а в тех случаях, когда применяется в качестве альтернативы основному лечению, оно несёт реальную угрозу здоровью и жизни людей».

Но, судя по неувядаемой популярности метода, мнение официальной науки мало что для него значит. По данным американской аналитической компании Transparency Market Research, опубликованной в 2018 г., мировой оборот гомеопатических средств составил 3,8 млрд долл. в 2015 г. и, согласно прогнозам, его рост в среднем составит 18,2% в 2016-2024 гг. Есть за что биться коллегам-гомеопатам. Пожелаем их пациентам удачи. В конце концов, волшебство плацебо тоже пока что никто не отменил.

Известный американский психотерапевт Эрнест Росси, говоря об итогах двухсотлетнего развития и эволюции психотерапии, определил феномен плацебо как процедуру «обращения к естественным механизмам восстановления в отношениях психики и тела», доля плацебо-эффектов составляет не менее половины терапевтического успеха от любого лечения. Многовековая история медицины вывела три главные аксиомы: в каждом лечении есть доля психотерапии; в каждом случае исцеления есть доля самоисцеления; главное для врача – не навредить.

И пусть теоретическое обоснование гомеопатического принципа не соответствует научным представлениям о функционировании здорового и больного организмов, а клинические испытания гомеопатических препаратов не выявляют разницы между эффектом гомеопатических лекарств и плацебо. Это лишь означает, что любые положительные ощущения после лечения гомеопатическими горошинами объясняются эффектом плацебо и, как результатом действия собственных сил организма, естественным выздоровлением. Последние два слова хотелось бы особо подчеркнуть.

В заключение остаётся напомнить и врачам, и пациентам, безотосительно их приверженности тому или иному методу целостности, совет одного замечательного автора газеты – Виктора Конягина: «Надейтесь до последнего рецепта!»

Юрий СУПРУНОВ,
психотерапевт.

Новосибирск.

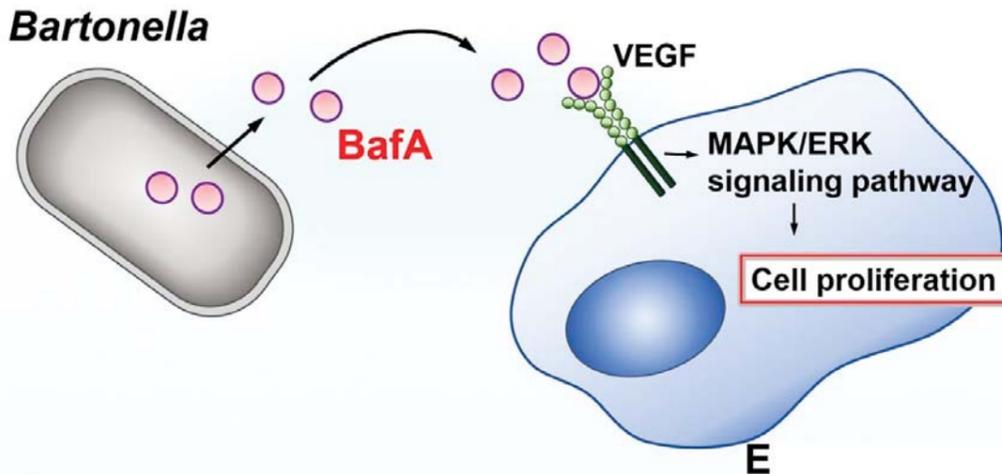
Мир опять закрывается и самоизолируется, и СМИ после пары недель «освобождения» вновь полны апокалиптических сообщений. В научных изданиях обсуждается опасность коронавируса, вызывающего гиперактивность бесклеточных кровяных пластинок, которые «атакуют» эндотелий, монослоем выстилающий сосуды изнутри.

Активированные тромбоциты образуют комплексы с белками коллагеном и фибриногеном, что приводит к адгезии нейтрофилов, первыми реагирующими на сигналы воспаления, моноцитов, дающих мечниковские макрофаги, и иммунных Т-лимфоцитов. Всё это приводит к тромбозу сосудов, который отмечался с начала коронавирусной пандемии. Врачи университетского госпиталя в Граце (Австрия) ещё в середине мая опубликовали статью «Кровяные тромбы летальны» в Scientist.

Анализ РНК, выделенной в Университете штата Юта в Солт-Лейк-Сити у 19 человек, показал, что пластинки первыми реагируют на вирусную угрозу. Выяснилось, что у них активирован ген N1, белок которого является рецептором для вируса помимо ACE, который связывает вирусные спайки, или шпильки наружной оболочки (Blood). Вполне возможно, что один из вариантов будущих вакцин будет «направлен» именно против протеина N1, в связи с чем прививки против вируса должны стать поливалентными. В качестве средства, предупрежда-

Исследования

Бактерия в помощь



Бартонелла, действующая с помощью белка через рецептор VEGF (зелёно-чёрный), вызывая деление-пролиферацию клетки (E внизу – эндотелий)

дающего тромбозы, в Иллинойском университете Чикаго предложены стабилизированные липидными наночастицами с синтетическим пептидом, или цепочкой аминокислот mP6. Особенностью пептида является его прочная связь с клеточным белком интегрином, обеспечивающим прочное соединение клеток друг с другом и внеклеточным во-

локнистым матриксом-подложкой. Создатели нового антитромботического средства подчёркивают, что оно не вызывает кровотечений. В опытах на мышах пептидосодержащие наночастицы подавляют тромбоз надёжнее и эффективнее, чем известный ингибитор кангрелор (Cangrelor). Они также предупреждали постишемическое поражение сердечной мышцы, вы-

зываемое пережатием венечной (коронарной) артерии и последующей реперфузии.

Вирусы есть и у бактерий (фаги), например, родственника клостридии Clostridioides difficile (спорообразующий грамположительный анаэроб), живущего в кишечнике. Бактериофаги пытались использовать в лечении кишечных инфекций ещё в Париже в 1920-х годах. Идею

через век «подхватили» в университете Осаки, где был проведён метагеномный анализ кишечных «ассоциаций» фаг-бактерия, выделенных у 101 здорового. Японцы надеются, что полученная ими информация поможет развитию фаговых терапий. Но микробы, пусть и патогенные, могут помочь в борьбе за здоровье человека.

Речь идёт о бартонелле (Bartonella henselae), на кончиках когтей попадающей в кожу и вызывающей развитие бартонеллёза, или болезни кошачьих царапин или укусов насекомых. Болезнь сопровождается стойкой лихорадкой (её ещё называют «траншейной») и образованием гемангиом кожи (см. рис.). Сотрудники Университета Фудзита в городе Тойаке неподалёку от Нагои выделили у микроба протеин Baf, представляющий собой ангиогенный фактор V. henselae. Ангиогенны представляют собой факторы сосудобразования, «снимающие» запрет ангиостатинов, которые препятствуют росту сосудов в роговице и хрусталике. Baf подобно VEGF – ростовому фактору-белку эндотелия сосудов – через белковый рецептор последнего попадает в цитоплазму эндотелиальной клетки (ферментный каскад). Сигнал поступает в ядро, где «включает» 11 генов ангиогенеза. Так запускается деление стволовых клеток эндотелия и новообразование сосудов (ангиогенез). Японцы полагают, что с помощью выделенного ими Baf можно будет купировать «агрессию» тромбоцитов и пагубное свёртывание крови в лёгочных сосудах, вызываемое коронавирусом.

Взгляд

На фоне всё более критического отношения врачей к антибиотикам из-за привыкания к ним микробов множатся сообщения о том, что микроорганизмы могут не только вызывать разные расстройства, но и выступать в качестве терапевтиков. Так недавно ГМ-кишечную палочку E.coli «снабдили» липосомами, полученными из мембран-оболочек эритроцитов. Она подходит к клеточным разрастаниям и нацеленно доставляет доксорубин, повреждающий ДНК, останавливая тем самым деление клеток.

Первое обещание микробиома

ДНК не может все время пребывать в рабочем состоянии. Одним из механизмов выключения генов является эпигенетика, или модификация ДНК «эпи-», или над её синтезом. Эпигенетика объясняет много биологических загадок, поэтому к ней такой большой интерес со стороны учёных. Разные – помимо обычной всем знакомой – формы ДНК также влияют на активность генов. Один из них – это изменение закрученности спирали вещества генов, другой открыт летом 2020 г. Речь идёт о впервые выявленных квадруплетах-quaduple, или счетверённых участках цепей ДНК, про которые думали, что их не может быть в клетках. Тем не менее, они были открыты химиками Кембриджа, которые считают, что квадруплеты подобно эпигенетическим маркерам могут определять активность генов.

Считается, что первой из нуклеиновых кислот была РНК, которая затем сменила одну из «букв» ген-кода и спарилась с образованием двуцепочной ДНК. Она является более надёжным носителем информации и менее подвержена изменениям. Это подтверждается большим распространением РНК-содержащих вирусов, в микроорганизмах РНК несёт вспомогательные функции. С вирусной и микробной опасностями призвана бороться иммунная система организма, клетки которой являются резидентами тканей и постоянно циркулирующими эффекторами иммунного «надзора». Иммунный ответ начинается с Т-хелперов, то есть лимфоцитов, помогающих «включить» клетки, отвечающие за синтез белковых антител и атаку лимфоцитов на изменённые клетки. На поверхности последних присутствует протеин LAG, кодирующий синтез белкового активатора лимфоцитов. Он представляется одной из причин неэффективности дорогостоящих иммунотерапий. Специалисты Центра медицинских наук в Иокогаме, университетах Фрайбурга и Питсбурга, а также Массачусетского технологического института (MIT) ввели в клетки культуры нерасщепляемый вариант LAG и тем самым «открыли путь» Т-хелперам в их борьбе с клеточными разрастаниями.

Журнал обратил внимание на данные института во французском городе Вильжуйф. С помощью нового метода исследования с применением детектора, различающего шесть цветов, французы выделили 19 вариантов-маркёров клеточного роста, что позволило им проводить «жидкостные биопсии». Предварительный результат лаборатория выдаёт через 5 минут, весь же анализ осуществляется за 2,5 часа. По тому же пути пошли в Калифорнийском университете в Сан-Диего, только в качестве объекта была взята ДНК циркулирующих в крови микроорганизмов, ассоциированных с опухолями и, в частности, Serratia marcescens. За три года авторы с помощью искусственного интеллекта проанализировали клетки 39 клеточных типов и 18 116 образцов, а также кровь 69 здоровых людей. Тем самым они получили чувствительный метод выявления микробных ДНК, облегчающий и ускоряющий диагностику.

МИТ со своей стороны предложил метод восстановления кишечной флоры, которая нарушается при разного рода состояниях. Он основан на распознавании Т-лимфоцитами белка аполипопротеина В на поверхности клеток, который является основой частиц, переносимых в крови «плохой» холестерин низкой плотности. Известно, что кишечные микробы синтезируют белки, которые по чувствительным волокнам блуждающего нерва поступают в мозг, вызывая паркинсонизм. Тем же путём из кишечника в мозг попадают и мутантные прионы, вызывающие болезнь «бешеных коров» (спонгиозную энцефалопатию). В МИТ работали с микробом, похожим на широко распространённый клостридий, заражение которым вызывает лихорадку, боли в животе и диарею, устойчивые к антибиотикам. Учёные предложили растворимые в тонком кишечнике капсулы, «заряжённые» полезными микробами кишечной микробиоты, назвав свой продукт «первой главой в данной области и первым обещанием микробиома, то есть совокупности генов клеток кишечной флоры».

Гипотезы

Неостановимые

В далёкие 1980-е годы врачи и учёные возлагали большие надежды на TIL (Tumor Infiltrating Lymphocytes), но внедрение иммунотерапий показало, что у Т-клеток есть иммунный «тормоз» в виде поверхностного протеина PD (Programmed Death), название которого переводится как запрограммированная смерть. PD и его «связник» L (Ligand) обеспечивают в норме «неприкосновенность» клеток организма атаками иммунных лимфоцитов и, в частности, натуральных киллеров NK или CD8, имеющих на своей поверхности белковый «комплекс дифференцировки» (специализации), отличающий их от всех других клеток.

Иммунотерапии разрабатывались в надежде подавлять «чек-пойнт» или КПП, точку невозврата в клеточном развитии. В норме PD и служит таким КПП, препятствующим развитию иммунной агрессии в отношении собственных клеток организма. К сожалению, дорогостоящее лечение оказывается малоэффективным, к тому же оно подобно коронавирусу может вызывать цитокиновый шторм-шок, развивающийся после «выброса» большого количества белков цитокинов, подстёгивающих кинетику клеточных делений.

Первым вкладом в преодолении «запрета» PD стали моноклональные антитела (MAT) против этого протеина, за что в 2018 г. японцу Т.Хонию и американцу Дж.Аллисону вручили Нобелевскую премию. Церемония в Стокгольме прошла на фоне сообщений о том, что «ожившие» Т-лимфоциты (NK) быстро истощаются и поэтому останавливаются. В Университете Эмори в Атланте выяснили, что на самом деле имеются как минимум два типа CD8-клеток, которые по-разному реагируют на изменённые поверхности клеток (изменение может быть связано с коронавирусной инфекцией, почему при ней также наблюдаются и истощение, и цитокиновый шторм). Учёные выявили также на поверхности стволовых клеток, дающих NK, белок PD! Открытие коллег подтвердили учёные Гарварда. Оставляя в стороне молекулярные сложности, выявление которых поможет усовершенствовать иммунотерапии в том числе и аутоиммунных расстройств, можно сказать, что идентификация клеточного «борца» уже сейчас может помочь прогнозу эффективности клеточного и MAT-лечения.

По другую сторону океана в Лозаннском университете раньше американцев обратили внимание на CD8-клетки, которые при наличии у них PD «промотируют» опухолевый контроль иммунного ответа на вакцинацию и блокирование чек-пойнта (Immunity). В «защиту» гарвардцев можно сказать, что они в то же время, что и швейцарцы, опубликовали в Nature статью с описанием подгрупп-subsets «истощённых» Т-клеток, по-разному контролирующими опухолевый рост и ответ на чек-пойнт терапию. В промотировании клеточного роста принимают участие и мечниковские макрофаги, что недавно отметили специалисты Лозанны и одного из амстердамских институтов, а также университетов Нью-Йоркского и Техасского (STM). ТАМы, или опухоль-ассоциированные макрофаги, приходят в мозг из кровотока, помогая клеткам микроглии, названным так за небольшие размеры. ТАМ и клетки глии-«клея» белого вещества в норме являются мощными регуляторами клеточного роста и его прогресса в полном соответствии с тем, что элементы микроглии являются иммунными резидентами мозга. Но все нарушается, когда приходят макрофаги с синтезируемым ими белком колония-стимулирующего фактора (CSF) и его белкового рецептора. Использование ингибитора, блокирующего рецептор CSF, увеличил время жизни мышей.

Ещё один подход предложили учёные Гренобльского и Лионского университетов, создавшие наночастицы-тераностик, являющиеся не только диагностиком, но и терапевтическим средством (SA). Европейцы провели первые клинические испытания наночастиц с гадолинием (Gd) под контролем МРТ, в которых приняли участие 15 пациентов с метастазами в мозгу из лёгких, толстой кишки и молочной железы, а также меланомы. С помощью томографа было показано, что наночастицы уже через неделю накапливаются в метастазах, сдерживая их рост. Авторы также подчёркивают, что применение наночастиц усиливает эффект радиотерапии. Успешные результаты позволили говорить о проведении клинических испытаний 2-й фазы с участием уже 100 пациентов.

Подготовил
Игорь ЛАЛЯНИЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам
Annals of Internal Medicine, Blood, Cell,
Nature, Scientist.

Ракурс

Поскольку смертельно опасные бактерии становятся всё менее чувствительными к антибиотикам, учёные, которые не успевают создавать новые поколения эффективных лекарств, в отчаянии решили обратить внимание на древние знахарские книги. И нашли нужную формулу в так называемой Лекарской книге Бальда тысячелетней давности.

И каждый раз мазь справлялась с биоплёнкой, для борьбы с которой врачи применяют антибиотики в концентрации, в сотни раз превышающей обычную. Она хорошо показала себя и в борьбе с другими опасными бактериями, заражение которыми тяжело поддаётся лечению и часто заканчивается ампутацией.

Тут следует оговориться, что ингредиенты, входящие в состав

времени как средневековые знахари, наоборот, шли по пути соединения природных характеристик разных веществ, которые таким образом дополняли друг друга и усиливали совокупный эффект.

К примеру, вино, лук или жёлчь, выделенные из снадобья, сами по себе в ходе эксперимента показали слабые антимикробные свойства и не справились не только с

Лук и чеснок дают фору антибиотикам

Не все содержащиеся в средневековом английском манускрипте рецепты прошли испытания временем. Но пусть мазь от ночных посещений гоблинов не пользуеться сегодня спросом, зато так называемая глазная мазь Бальда оказалась очень даже действенным средством.

Учёные ранее уже установили, что это снадобье убивает золотистый стафилококк *Staphylococcus aureus*, однако в ходе нового исследования, выводы которого были опубликованы в *Scientific Reports*, Джессика Фернер-Пардоу из Уорикского университета не только подтвердила эти результаты, но и показала, что мазь способна уничтожить даже особо резистентную к современным лекарствам биоплёнку, которую формирует стафилококк.

В ходе эксперимента было сварено 75 порций мази Бальда, в состав которой входят чеснок, лук (или лук порей, из рецепта это не совсем понятно, так что учёные на всякий случай сделали два варианта снадобья), коровья жёлчь и вино.



мази Бальда, работают только вместе. Когда исследователи пробовали выделять из мази отдельные составляющие или очищать их, эффективность резко снижалась.

Дело в том, что современная фармацевтика стремится разбить лекарство на составляющие и максимально очистить их, в то

биоплёнкой, но даже со свободно плавающими бактериями.

Учёным ещё предстоит с точностью выяснить, работает ли нет глазная мазь Бальда в клинических условиях, однако уже сейчас можно предположить, что она не причиняет вреда, а значит, фармацевтам стоит к ней приглядеться.

Ситуация

Испанские специалисты клиники и больницы *Sant Joan de Deu* в Барселоне создали пресс-конференцию, на которой рассказали о новаторской операции, которую они провели почти полтора года назад на 26-недельном плоде в утробе матери.

при рождении, или сразу после него. Такое состояние включает в себя полное блокирование клапана лёгочной артерии, который расположен на правой стороне сердца, а блокада предотвращает приток крови в лёгкие и не позволяет ему обогащаться кислородом.

Спасти жизнь нерождённому ребёнку

Во время ультразвукового обследования у женщины была обнаружена проблема. «Это как раз было то время, когда мы могли провести операцию. Если мы этого не сделали, девочка бы умерла», — отметил д-р Хулио Морено, неонатальный хирург, который отвечал за операцию.

Это первый случай, когда плоду была проведена операция лёгочной атрезии, размером 3 мм. После введения трубки, через трахею плода, хирурги перфорировали препятствие с помощью лазера, таким образом, чтобы дать возможность бронхам и лёгким развиваться до нормального размера.

После операции, беременность протекала в обычном режиме, и маленькая девочка, которой сейчас уже исполнилось 16 месяцев, родилась на 38-й неделе, весом в 2,5 кг.

Естественно, это не первый случай, когда лёгочная артезия была диагностирована у плода, но во всех предыдущих, хирургическое вмешательство было признано невозможным, и ребёнок умирал или

Операция, проведённая 18 месяцев назад, длилась чуть более получаса, но была чрезвычайно сложной, тонкой работой из-за непосредственной близости к сердцу плода, вес которого достигал всего 800 г.

Моника Коломина, 33-летняя мать девочки, которая получила имя *Alaitz*, что в переводе с баскского языка означает «счастье», выразила благодарность хирургам, которые спасли жизнь её дочери до того как она родилась. Как она сообщила теперь её дочь в состоянии «жить совершенно нормальной жизнью, они счастливы и довольны».

Девочке пришлось пройти ещё одну операцию через 13 дней после рождения, чтобы удалить две доли лёгких, которые были повреждены бронхиальной обструкцией.

Метод проведения операции в утробе матери уникален и был разработан специалистами клинической больницы и больницы *Sant Joan de Deu*, и предлагает возможность излечения врождённой аномалии, которая затрагивает один из каждых 10 тыс. плодов.

Выводы

Антидепрессанты вместо обезболивающих

Британским врачам рекомендуют прописывать их от хронической боли

Национальный институт передового опыта в здравоохранении рекомендовал врачам Англии и Уэльса не назначать обычные обезболивающие, включая парацетамол и ибупрофен, пациентам с хроническими болями, не вызванными конкретным заболеванием или травмой.

Институт работает при Министерстве здравоохранения Англии и занимается анализом и оценкой лечебных практик.

Эксперты советуют использовать взамен антидепрессанты, иглоукалывание и психотерапию. По их мнению, нет достаточных доказательств того, что парацетамол и ибупрофен хорошо помогают в подобных случаях, зато их длительное применение может оказаться вредным.

Институт также настоятельно рекомендовал не выписывать таким больным опиоиды. В выпущенной им инструкции хроническая боль определена как «не объясняемая другим диагнозом и продолжающаяся либо регулярно повторяющаяся дольше 3 месяцев». Самыми распространёнными её случаями являются головная боль и боль в спине.

Кстати

Учёные впервые временно отключили ген у эмбриона

Группа биологов смогла отключить ген, отвечающий за длину хвоста у зародыша рыбы данио-рерио, во время экспериментов с геномным редактором CRISPR-Cas13d. Они уверены, что в будущем это поможет разобраться в том, как развиваются эмбрионы человека.

Учёные давно стараются понять, как работает программа, которая превращает оплодотворённую яйцеклетку в зародыш. Если специалисты ответят на этот вопрос, то смогут объяснить, как и почему возникают бесплодие и серьёзные генетические заболевания. Для этого им необходимы инструменты, которые позволяют изучать и редактировать гены эмбриона. До недавнего времени учёные могли влиять только на клетки, например в 2017 г. они смогли отключить один из генов жизнеспособной яйцеклетки человека.

Теперь исследователи из Института медицинских исследований в США и Андалузского центра биологии развития в Университете Пабло де Олавиде в Испании смогли с помощью CRISPR остановить передачу генов сообщений, которые участвуют в раннем развитии позвоночных. «Мы всё ещё не понимаем, как гены запускают самые ранние стадии развития, но теперь можем выяснить это, нацеливаясь на их сообщения РНК, одно за другим», — рассказал доктор Ариэль Баззини, соавтор работы.

Группа учёных провела опыты с системой CRISPR-Cas13, которая

отвечает за изменение и уничтожение нитей РНК. Единственным протестированным белком, который оказал влияние на зародыши и не навредил им, оказался синтезированный RfxCas13d. Его использовали, чтобы нарушить передачу информации от матричной РНК. Так удалось отключить ген *TBXTA*, необходимый, чтобы вырос хвост: в итоге эмбрионы, которых использовали в опытах, получились бесхвостыми.

Биологи отметили, что найденный метод очень простой и дешёвый. «Нас поразила стоимость этой технологии, — говорит Баззини. — Любая лаборатория, работающая с эмбрионами данио-рерио, может её использовать. И мы уже разослали реагенты для работы с ней в лаборатории по всему миру».

Учёные верят, что с помощью открытого доступа к разработке получится ответить на фундаментальные вопросы биологии и биомедицины. Сейчас они намерены исследовать роль, которую РНК играет в самые ранние часы развития зародыша. Известно, что молекулы РНК, которые оплодотворённая яйцеклетка взяла от матери, исчезают в первые часы после формирования зиготы, иначе процесс её деления не запустится и эмбрион не разовьётся, но как и в какой момент это происходит, учёные пока не знают. По их мнению, понимание этого процесса поможет разобраться, как возникает бесплодие и многие генетические заболевания.

практики профессора Мартина Маршалла, это «знаменует радикальный поворот от фармакологии к альтернативной терапии».

«Большинство пациентов не желают принимать лекарства долгое время, и лечащие врачи также не хотят этого, но до последнего времени лекарства нередко рассматривались как единственное облегчение, — говорит профессор Маршалл. — Перенос внимания на альтернативные методы потенциально способен принести пациентам большую пользу, при условии доступности этих методов».

В инструкции института для лечащих врачей особо подчёркнута необходимость общаться с пациентами откровенно, но с эмпатией.

При отсутствии диагноза «нормальные результаты анализов порой воспринимаются пациентами как недооценка их болезненного состояния со стороны врача».

Подготовила
Инга КАТАРИНА.

По материалам
4ru.es, BBC, Scientist.

По словам ректора Королевского колледжа врачей общей

Московская научная школа истории медицины ведёт свой отсчёт времени с первой половины XIX столетия и напрямую связана с медицинским факультетом Императорского Московского университета. Как предмет преподавания прежде она рассматривалась в качестве составной части других медицинских образовательных дисциплин. На начальном этапе формирования московской научной школы «Истории и энциклопедии медицины» у её истоков стояли такие учёные, как доктор медицины, заслуженный профессор университета, граф Михаил Черинов, доктор медицины, уроженец Владимирской губернии Михаил Белин и многие другие.

М.Черинов известен, как профессионал-клиницист высокого уровня, человек удивительной жизненной, творческой и научной судьбы, который был женат на оперной певице американского происхождения, талантливой и красивой Марии Ван Зандт. По возрасту он был на двадцать лет старше своей избранницы. До наших дней дошли их портреты, принадлежащие кисти великих русских мастеров живописи В.Сурикова и В.Серова. Коллегой на преподавательском поприще, входившим в круг его общения, был доктор медицины Императорского Московского университета, статский советник Михаил Белин, который волею обстоятельств также оказался у истоков науки истории медицины. В одно время с Чериновым и он преподавал студентам медицинского факультета «Историю и энциклопедию медицины». Эта педагогическая деятельность продолжалась вплоть до 1896 г.

Родился М.Белин 1 ноября 1842 г. в поселении-погосте Семёнова Гора, которое в настоящее время располагается в Камешковском районе Владимирской области, рядом с деревней Новосёлка. По историческим сведениям, этот погост был известен ещё в XVI веке. В начале XIX столетия отец М.Белина, энергичный и старательный местный священник Андрей Белин принял решение возвести в родном поселении взамен старой деревянной – новую каменную церковь. Сначала была построена каменная трапезная, а в 1843 г. и остальная часть – каменная церковь с колокольней в честь Успения Пресвятой Богородицы. Эта церковь – ровесница М.Белина.

На этой благодатной владимирской земле прошло детство будущего врача и учёного. При всех материальных сложностях семьи родители сумели сохранить в духовной чистоте душу ребёнка. Пройдя домашнюю подготовку, Белин продолжил отцовскую традицию и получил образование в духовных учебных заведениях губернии. Однако душа подрост-

его сочинение – «Материалы к оценке признаков смерти от холода в судебно-медицинском отношении». Данную исследовательскую работу Михаил Андреевич представил в медицинский факультет в качестве диссертации на степень доктора медицины. Двадцать пятого апреля 1875 г. он блестяще защитил диссертацию

В январе 1878 г. профессор судебной медицины Московского университета Д.Мин оставил университет. На его место был назначен профессор И.Нейдинг. А М.Белин был избран прозектором по кафедре судебной медицины и эту должность занимал практически до конца своей жизни. Здесь под его руководством

практикой. Никому не отказывал в помощи из приходящих больных... Помимо многочисленных занятий Михаил Андреевич находил время трудиться и в других различных обществах: он был членом Общества охранения народного здоровья, Московского юридического общества и др., и в качестве секретаря принимал участие в трудах секции судебной медицины на съездах Общества русских врачей в память Н.Пирогова, проходивших в Москве в 1887 и 1891 гг. В череду лет творческого труда прозектором кафедры судебной медицины другой его страстью и отрадой была «История и энциклопедия медицины». Обретший большой научный и практический опыт, он щедро делился им со студентами, с любовью и большой ответственностью подходил к преподаванию «Истории и энциклопедии медицины». Осознавая важность и необходимость для врача глубоких знаний истории медицины, он написал пособие по преподаванию этой дисциплины. Его потенциалу учёного-историка медицины, к великому сожалению, не суждено было реализоваться в должной мере.

Полный сил и здоровья, М.Белин неожиданно заболел брюшным тифом, к которому присоединилось воспаление лёгких, и 10 марта 1896 г. на 53-м году жизни скончался. Вдова и четверо несовершеннолетних детей остались без родного им человека. «Московские ведомости» 1896 г. в № 71 на своих страницах написали: «Мир праху твоему, старый товарищ, так неожиданно и преждевременно оставивший свою работу на земле...» Похоронен был Михаил Андреевич на Миусском кладбище в Москве. Это кладбище специально было создано для погребения граждан, умерших от опасных инфекционных заболеваний. До настоящего времени, к глубокому сожалению, не удалось обнаружить его портрета. На владимирской земле имя Михаила Андреевича, гражданина и коллеги, прошедшего путь от сельского мальчишки российской провинции до доктора медицины Московского университета, остаётся почитаемым. И особая благодарность ему за вклад в становление науки, питающей будущие поколения врачей исторической памятью о лучших традициях и богатом опыте отечественной медицины.

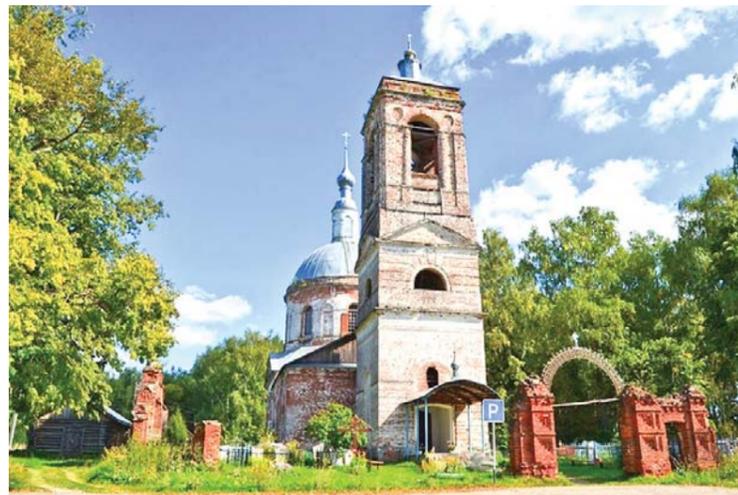
Анатолий ИЛЬИН,
президент Врачебной палаты
Владимирской области.

Имена и судьбы

Прозектор и историк медицины

Статский советник доктор медицины Императорского Московского университета Михаил Белин

ка тянулась к светским знаниям. И в 1866 г., когда отца уже не стало, М.Белин поступил на медицинский факультет Московского университета. В университете скромно существуя, он с головой ушёл в учёбу и, по мнению педагогов, зарекомендовал себя как лучший, работающий ученик. В 1871 г. М.Белин успешно завершил университетское образование и был выпущен со званием лекаря. Учитывая интересы и способности выпускника, профессор Д.Мин рекомендовал совету университета определить его на должность помощника прозектора при кафедре судебной медицины. Так Михаил Андреевич связал свою дальнейшую судьбу с судебной медициной. А что же мотивировало его на реверанс в сторону истории медицины? Руководством университета и медицинского факультета обязана преподавания истории медицины возложили на ряд кафедр, в том числе и судебной медицины. Активная судебно-медицинская практика стала пусковым механизмом к литературной деятельности Белина. К тому времени он уже был избран членом Общества русских врачей, в изданиях которого помещал свои статьи. В 1875 г. в «Сборнике сочинений по судебной медицине, судебной психиатрии, медицинской полиции...», издававшемся медицинским департаментом Министерства внутренних дел, было опубликовано



Церковь Успения Пресвятой Богородицы, построенная отцом М.Белина

и был удостоен учёной степени доктора медицины. Само содержание исследования привлекло внимание медицинской прессы. К тому же 1875 г. относится ещё ряд его печатных работ: «Материалы к вопросу о сибирской язве», «Убитый и разбросанный по частям труп. Судебно-медицинский случай» и «Трудности распознавания – каким орудием нанесена рана по случаю одного покушения па самоубийство» и др. М.Белин с большим энтузиазмом продолжил своё профессиональное совершенствование за рубежом.

прошли обучение тысячи студентов-медиков. Михаил Андреевич всегда своим отношением к делу и к студентам, своими интересными и оригинальными заключениями умел заинтересовывать слушателей, и анатомический театр при кабинете судебной медицины был почти всегда полон студентами. Белин зарекомендовал себя ярким представителем московской школы, учёным с широким кругозором, блестящим экспертом. Несмотря на специальные занятия в университете, М.Белин находил возможность заниматься и медицинской

Былое

Абсолютное большинство современных обывателей ничего не слышало о лаборатории В.Феррейна и о том, что когда-то в столице страны работала Музей флористики. Между «тем временем» и «нашим бытием» проложена разделительная полоса, через которую перейти, наверно, уже не получится.

Летом 1892 г. в Москве состоялась Первая ботаническая акклиматизационная выставка. Подводя её итоги, учёные отмечали: «Наиболее осязательным результатом выставки являлась, благодаря очень крупному пожертвованию Владимира Феррейна, Бактериолого-агрономическая станция его имени в Московском зоологическом саду. В.Феррейн не только возвёл изящное каменное здание станции, но и снабдил её полностью обстановкой для производства соответственных бактериологических работ, сообразно всем требованиям современной науки. Мало того: он отопливает здание, содержит при нём служителя и даёт средства на производство научных работ лаборатории». И за многие годы функционирования станции (иначе её называли «Лабораторией фитопатологии и растительной бактериологии») таких научных работ было проведено значительное число.

Что имеем — не храним

Здесь бактериолог А.Войтов написал диссертацию на тему: «Исследование о действующем начале оспенной вакцины», учебник «Курс медицинской бактериологии» и ещё «Методы исследования патогенных микроорганизмов». Был создан и труд заведующего станцией С.Северина «О бактериальном брожении навоза», в своё время привлёкший особое внимание специалистов Западной Европы.

В этой лаборатории, переданной Императорскому русскому обществу акклиматизации животных и растений (ИРОАЖИР), проводились опыты «Об антисептических свойствах муравьиной кислоты», бактериологическое исследование льда Москвы, употреблявшегося жителями в приготовлении пищи и для бытовых целей, исследовались причины появления дифтерита в некоторых учебных заведениях ведомства императрицы Марии, писались научные диссертации.

На станции, построенной по рисунку архитектора А.Эриксона, приходили не одни медики, но и ветеринары, агрономы, фармацевты, другие специалисты.

Деятельность учёных в лаборатории, согласно её уставу, имела

такие особые цели: «приложение научных данных, добытых бактериологией, к вопросам сельскохозяйственной действительности; самостоятельная постановка и изучение бактериолого-агрономических вопросов научным и лабораторным путями; ознакомление публики с областью бактериолого-агрономических знаний путём участия в выставках и популярных чтениях».

В лаборатории не закрывались двери ни перед любознательным обывателем, ни перед научным работником, желавшим произвести эксперименты в области тайн бактериологии. Поэтому в конце XIX века на станции можно было встретить разных посетителей: кандидата естественных наук врача В.Любенкова, магистра фармации В.Феррейна и его сына А.Феррейна, врача В.Быкова, агронома Д.Рудзинского, магистра фармации И.Ткешелашвили, студента физико-математического факультета Московского университета О.Трэбу, обычных учащихся, будущих специалистов в разных областях хозяйства страны.

Д.Рудзинский, будучи управляющим чайными плантациями на Кавказе, принадлежавшими известной

фирме К. и С.Поповых, занимался в лаборатории вопросом по исследованию чайного брожения и участия в нём микроорганизмов.

Ко всему прочему, у лаборатории была и широкая прикладная деятельность, согласованная с Московской городской управой.

Сюда ехали обыватели разных сословий со всех концов Москвы, чтобы провести необходимые анализы и получить справки по различным вопросам, касавшимся бактериологии и агрономии. Когда же, в конце XIX века, у учёных имелся специфический спрос на культуру мышинного тифа, лаборатория им. В.К.Феррейна высылала её адресатам по конкретным запросам. Был случай и с необходимостью выяснения причины широкого заболевания черноморских устриц какой-то заразной болезнью. Был дан запрос в Москву. И работы по этому направлению производились в лаборатории той же станции. В лаборатории занимались микроскопическими представителями культур разных видов брожений в почве, воздухе, воде, сыре, спирте, в прочих объектах.

При разных обстоятельствах Бактериолого-агрономическую стан-

цию посещали российские министры, начальники департаментов, профессора, великие князья, даже генерал-губернаторы. Станция процветала. Об этом можно было сказать и в буквальном смысле. Ведь в красивых её залах был открыт уникальный и единственный в Москве Музей прикладной ботаники или Музей флористики.

В.Феррейн подарил здание и все службы с Музеем флористики родному городу. Ведь он родился в Москве (1834) и был членом семьи обрусевших немцев. Московская управа с почтением приняла от Феррейна значительный дар. Несмотря на продолжавшееся материальное содействие со стороны дарителя, организация и содержание лаборатории поступили на баланс города. И это было серьёзным государственным решением.

В дни революционных гражданских боёв за власть в 1917 г. станция В.Феррейна попала под обстрел. Музей флористики новые власти очень быстро закрыли. Видимо, по причине «буржуазной пропаганды». Работы в лаборатории с какими-то мышками, червями, букашками, микробами были свернуты «до поры, до времени». Но, как оказалось, навсегда. Всё здание станции было разорено.

Владислав БИРЮКОВ,
внешт. корр. «МГ».

Утро в Медвежьем лесу выдалось славное, по-настоящему праздничное. Маленький Мишутка высунул мордочку наружу, прищурился от яркого солнца и пулей вылетел из берлоги. Промчавшись по зелёной лужайке, с разбегу прыгнул на сосну, мигом взобрался на три-четыре перехвата вверх, мячиком оттолкнулся от ствола, шлёпнулся в траву и кубарем выкатился на середину поляны. Здесь он привстал на задние лапы и энергично задвигал пуговкой носа – ура! День спелой малины настал!

Теперь можно открыто, на полных законных основаниях, залезать в малинник и сидеть там хоть до вечера, не боясь получить подзатыльник от бабушки. Ну и вкуснотища же эта малина! Не хуже, пожалуй, мёда. И никаких тебе пакостных пчёл.

Медвежонок не спеша прошёлся по малиннику из конца в конец, с удовольствием уплетая давно облюбованные, самые крупные, самые спелые ягоды. «Как Мишутка языком слизнул», – скажет улыбочивая мама.

Он завалился под большим кустом, лапами стал подтягивать к себе длинные плети, унизанные лакомством, есть и предвкушать событие, которое делало день вдвойне праздничным. В их чудесный лес приехал цирк! Да-да, настоящий цирк. И после обеда они, всем семейством Мохнатых, идут на представление! Там будут фокусники, настоящие клоуны, прилапленные пчёлы и, главное – дрессированный человек! Мишутке давно хотелось хоть одним глазком, из-за спины мамы, поглядеть на человека. Потому что когда Мишутка шалил, бабушка всегда говорила: «Смотри у меня, баловник! Вот придёт злой и хитрый человек и заберёт в каменный улей с железными решётками». А улей – это одновременно интересно, вкусно и страшно. Присмиреешь тут.

А ещё в цирк пойдут Косолаповы, соседи Мохнатых. И Лохматушка (по метрике – Лохматое Ушко) тоже идёт в цирк первый раз. Вредная девчонка. Ябеда. Надо будет улучшить момент и обязательно дёрнуть её за хвостик. Ну, так, не сильно. Расквитаться за тот шлепок, который она отвесила Мишутке в школе, когда он... Ну, в общем, это не важно...

В мечтаниях пролетело время. И вот они уже в цирке. Сидят почти на самых лучших местах. Мишутке

ТОМ (Творческое объединение медиков)

Медвежий цирк



всё отлично видно. Перед ним круглая поляна, посреди неё – в шатёр неба упёрлось вековое дерево с негустой кроной. На толстых нижних ветвях – качели и всякие замысловатые штуковины, папа сказал – реквизит. Чуть выше – дупло с тщательно запертой на щеколду дверкой. А ещё выше – сидел сын и лупил глаза. Но это Мишутке было не в диковинку. И тут... Началось!

Балансирование на дубовых чурбачках... Полёты на качелях... Жонглирование берёзовыми поленьями... Фокусы... Чего только не было!

Мишуткиным сердцем, однако, целиком завладели клоуны – Рявкин и Халаякин. Их потешные выходки были по вкусу всем – и малышне, и взрослым. Особенно понравился номер, когда Рявкин пошёл с пылесосом на охоту на муравьёв, а Халаякин пылесос утащил. Рявкин Халаякина догнал и, пока они возлились, все муравьи вылезли по одному, сломали пылесос и убежали.

Досадно. Муравьи очень вкусные, с приятной кислинкой, хоть, бывает, и больно щиплются за нос.

– Ну, ты понял, в чём тут урок? – спросил Мишутку папа.

– Да, – ответил Мишутка. – Брать чужое нехорошо.

– А ещё?

Мишутка подумал, но не нашёл.

– Когда двое ссорятся, то оба – теряют, – назидательно сказал папа.

Потом был антракт, и они ходили к роднику и пили воду с малиновым сиропом. В это время паучки-униформисты слели над ареной раскидистую прозрачную сетку и выкатили в центр большую кадку с водой. Очевидно, сейчас начнётся самое интересное.

Тут заиграла громкая музыка и на поляну выбежал артист – любимец публики в форме генерала Топтыгина. Он с достоинством поклонился на четыре стороны и щёлкнул бичом. Из-за кулис-кустов появилось существо. Зрители оживились, и Мишутка понял, что это – человек и есть. Бесшёрстный, как жаба. Бр-р-рр...

На нём были широкие трусы из искусственного меха и такая же фуфайка-безрукавка. Великолепие наряда венчали два пушистых полукруглых синтетических уха на резиночке. Из этого сценического костюма торчали четыре совершенно голые тонкие лапки, на двух из которых человек стоял на зависть твёрдо.

Щёлкнул бич. Человек проворно стал на четвереньки и заковылял по поляне, стараясь подражать

медвежьей походке. Но то и дело сбивался. То на лягушку, то вообще на не пойми чего. Мишутка успокоился. Нашла бабушка – чем пугать!

Тем временем человек закончил круг почёта вдоль арены, встал на задние лапы, а правой верхней лапой сделал так – ап! И застыл рядом с дрессировщиком. Тому поаплодировали, он поклонился и вновь взмахнул бичом.

То, что произошло потом, вышибло у Мишутки слезу. Человека заставили лезть на дерево. Вот это был цирк! Облапить ствол, как положено, он его облапил. И даже по коملю поднялся чуток. Но мех наряда скользил по дереву и человек – вж-жик!.. И съезжал до самого корневища.

Сквозь пелену слёз Мишутка наблюдал потуги этого неумёхи и едва не катался по мху от смеха. Вот умора! Ну, недотёпа! Когти!!! Когти-то выпусти!..

Наконец, по сигналу дрессировщика человек сбросил с себя фуфайку и, прижимаясь голым пузом к стволу, кое-как взобрался-таки наверх. И подобрался к дуплу. На толстой ветке он стал на задние лапы, повернулся к публике мордой и несколько раз умильно облизнулся. Забила барабанная дробь. Мишутка понял, что следующий трюк будет гвоздём программы. И точно! Человек откинул щеколду и открыл дверцу дупла. Оттуда послышалось неясное гудение ясное дело пчёл.

Барабаны забили требовательно и громко. Человек облизнул пересохшие губы и побледнел. Пауза затягивалась...

Свистнул бич. Удар пришёлся точно в огузок человека. И тот с размаху сунул голову в дупло. Лес огласился рёвом восторга.

Но это было ещё не всё! Человек тут же спрыгнул с дерева и на двух тощих задних лапах помчался к бочке. Куда и сиганул с разгона солдатиком, не зажимая носа.

Растревоженный рой диких пчёл облетел арену (так вот зачем паучки натянули сетку!) и завис, жужжа, над бочкой. Из воды шли уже мел-

кие пузыри. Дрессировщик щёлкнул над роем пчёл бичом и рассеял его на время. Человек тотчас вынырнул. С выпученными глазами хапнул ртом воздух, снова погрузился и стал пускать пузыри покрупнее...

Публика неистовствовала. Мишутка от смеха уписался. Совсем чуть-чуть. Капельку. Ведь он уже большой медвежонок.

Пчёл униформистам с трудом удалось уломать, заманив их восвояси медовым пряником. Человека вынули из бочки, дали отдышаться, поощрили сладкой морковкой и увели обсыхать.

Над поляной гремела овация. Грандиозный Топтыгин осанисто стоял посреди арены, упиваясь любовью соплеменников. Изредка кланялся. Из толпы к лапам его летели лесные фрукты и орехи.

Из цирка возвращались вместе с Косолаповыми. Одной лапкой Лохматушка держалась за мамину лапу, в другой несла воздушный шарик из рыбьего пузыря с нарисованным Винни-Пухом. О проказах и думать было нечего. К тому же Мишутка был переполнен впечатлениями и начисто забыл о своём намерении подёргать девчонку за хвостик. Он вприпрыжку то и дело уносился вперёд, поминутно возвращался, сыпал вопросами.

– А человек – это зверь?.. А почему он самый опасный?.. А что такое коварность?

– Правильно говорить – коварство, – поправила мама.

– Ну, коварство... Подрасту – узнаю?.. А маленькие человечки бывают?.. А откуда они берутся?.. От мамы и от папы?.. Да-а?.. Жалко, человека в цирке жалко. Вдруг он тоже чей-то папа? Или мама. А как они получают – маленькие человечки?.. В школе расскажут?.. Здорово! А откуда берутся медвежата?

Но тут мама Мишутки сказала: «А ну, детвора, наперегонки – кто быстрее наберёт лукошко малины к нашему приходу?»

Лохматушка отдала шарик подержать своему папе, и они помчались вразпуски к малиннику...

Вскорости подошли и взрослые. И они все вместе, с бабушкой и дедушкой, и с соседями сели за праздничный стол.

Будь медведем, и я б там был, малину б ел, мёд и соки пил... Веселился бы, да не очень.

Юрий КУБАНИН.

Новосибирск.

Город, Польша	Карл				Якутия	СКАНВОРД										Галун																					
			Телбивудин	Ступня	Перерыв, театр	Проф. борьба		Гражд. судебное дело							Царь Эпира	Плавающая платформа	Карбамзепин	Древнерус. сосуд			Костюм танцовщицы																
"Колдунья", актер	Лента из марли				"Книга джунглей", вожак				Метал. профиль	Картина Ватто	Насос						Толстая палка			"Всадник без головы"																	
			Фундук			Опера Беллини		Валганцикло-вир								Танц. шаг	Дрофа																				
Среднеазиат. мате-матик	Шест, рычаг				Упас				Нем. конструктор	Водяной рак	Рус. рисовальщик		Узкий коврик																								
			Поступок		Должн. лицо, Русь	Афиша	Приток Дона	Единогор									Дэнс																				
Муз. темп	Высоко над землей	Англ. естественный воиспытатель	Полосатый хищник			Тюрьма (устар.)								Б	А	Ш	М	А	К	М	С	Б	У	К	О	Л											
Выемка в скале			3,14		Деньги, Туркмения			Нота						Ф	А	О	А	Ч	Е	М	Б	Е	Р	Б	У	Ш	А	Р	А	И							
Автор Валерий Шаршуков	Столярный инструмент					Рекламный лозунг								Э	Р	А	Р	В	А	Н	А	У	А	Р	Д	Ю	К	Р	Н								
														О	Г	Л	Ы	Б	А	К	А	Н	Д	И	Д	М	Е	Т	А	Н	М	О	Н	Е			
														Е	Д	В	А	С	А	К	Д	Ш	А	Р	А	Н	Р	Е	Б	Е	Н	О	К				
														И	Р	А	Е	К	А	П	А	Ш	А	Н	А	Б	А	Т	Л	И	С						
														С	Т	Р	И	Ж	Т	О	Г	О	Т	У	Н	Г	Н	Ответы на сканворд, опубликованный в № 32 от 12.08.2020.									
														А	Т	У	Б	А	О	К	Р	У	Г	А	Л	И											
														А	Р	Л	И	Р	А	К	О	З	Л	И	К												

Полное или частичное воспроизведение или размножение каким-либо способом материалов, опубликованных в настоящем издании, допускается только с письменного разрешения редакции газеты. Материалы, помеченные значком , публикуются на правах рекламы. За достоверность рекламы ответственность несёт рекламодатель.

Главный редактор А.ПОЛТОРАК.

Редакционная коллегия: И.БАБАЯН (ответственный секретарь), В.ЕВЛАНОВА, В.ЗАЙЦЕВА, В.ЗИНОВЬЕВ (зам. ответственного секретаря), А.ИВАНОВ, В.КЛЫШНИКОВ, Т.КОЗЛОВ, В.КОРОЛЁВ, А.ПАПЫРИН (зам. главного редактора, редактор сайта), Г.ПАПЫРИНА, К.ЩЕГЛОВ.

Дежурный член редколлегии – А.ИВАНОВ.

Справки по тел.: 8 (495) 608-86-95. Рекламная служба: 8 (495) 608-85-44. Отдел изданий и распространения: 8-916-271-08-13. Адрес редакции, издателя: 129110, Москва, ул. Гиляровского, 68, стр. 1. E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения). «МГ» в Интернете: www.mgzt.ru

ИНН 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в ОАО «Московская газетная типография». Адрес: 123022, Москва, ул. 1905 года, д. 7, стр. 1. Заказ № 1741. Тираж 17 110 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

Корреспондентская сеть «МГ»: Брянск (4832) 646673; Кемерово (3842) 354140; Новосибирск 89856322525; Омск (3812) 763392; Самара (8469) 517581; Санкт-Петербург 89062293845; Смоленск (4812) 677286; Ставрополь 89383585309; Реховот, Хайфа (Израиль) (10972) 89492675.

Газета зарегистрирована Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор). Свидетельство о регистрации: ПИ № ФС77-65711 от 13.05.2016 г. Учредитель: ООО «Медицинская газета».

Подписные индексы в Объединённом каталоге «Пресса России»: 50075 – помесечная, 32289 – полугодовая, 42797 – годовая.